

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925-1926 — N° 53

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT
DES MÉNORRAGIES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 23 Décembre 1925

PAR

Jean SÉDEILHAN

Né à Belin (Gironde), le 8 mars 1899

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président.
		PRINCETEAU, professeur.....	Juges.
		FAUGÈRE, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE E. DROUILLARD

3, Place de la Victoire, 3

1925

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925-1926 — N° 53

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT

DES MÉNORRAGIES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 23 Décembre 1925

PAR

Jean SÉDEILHAN

Né à Belin (Gironde), le 8 mars 1899

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président</i>
		PRINCETEAU, professeur.....	<i>Juges</i>
		FAUGÈRE, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
3, Place de la Victoire, 3

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, *doyen*.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON, MOURE.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	VERGER.	Clinique ophtalmologique...	LAGRANGE.
	CASSAET.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
	BÉGOUIN.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Pathologie et thérapeutique générales...	CRUCHET.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Clinique d'accouchements...	RIVIÈRE.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques.	LE DANTEC.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUILH.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.	ABADIE.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	N...
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale.....	RÉCHOU.	Hydrologie thérapeutique et Climatologie.....	SELLIER.
Chimie	CHELLE.		
Botanique et matière médicale	BEILLE.		
Pharmacie.....	DUPOUY.		
Zoologie et parasitologie...	MANDOUL.		
Médecine expérimentale...	FERRÉ.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie...	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.		BONNIN.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.		PAPIN.
	R. SIGALAS.	Chirurgie générale.....	JEANNENEY.
Parasitologie et sciences naturelles.....	N...		N...
Physique biologique et médicale.....	N...		N...
Chimie biologique et médicale.....	N...	Obstétrique.....	PERY.
	MAURIAC.		FAUGÈRE.
	LEURET.	Ophtalmologie	TEULIÈRES.
Médecine générale.....	DUPÉRIÈ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
	GREYX.	Pharmacie	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceut.	LABAT.
Accouchements.....	PERY.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Chimie minérale.....	GOLSE.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes			N...
Pathologie externe (4 ^e année) et petite chirurgie.....			CHARRIER.
Pathologie externe (3 ^e année) et petite chirurgie.....			LOUBAT.
Cours complémentaire annexe. - Prothèse et rééducation professionnelle...			GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MA FEMME

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de mon affection et de
ma profonde reconnaissance.

A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEANNENEY

Professeur agrégé
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux
Chirurgien des Hôpitaux
Croix de Guerre

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE DOCTEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique Gynécologique
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux*

Chirurgien des Hôpitaux

Correspondant National de la Société de Chirurgie

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Décoré de la Croix de Guerre
et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie*

Officier de l'Instruction Publique

Au maître vénéré, au praticien qui
nous donna ses soins, nous adres-
sons l'hommage ému de notre
respectueuse et impérissable gra-
titude.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Durant nos études médicales nous avons remarqué l'extrême fréquence des troubles menstruels chez les malades venues soit dans les services de chirurgie, soit dans les services de médecine.

Appelé quelquefois à donner un conseil, nous nous étions tenu dans une prudente réserve. Le soir venu, dans nos précis d'étudiants, avidement nous cherchions à parfaire notre jeune savoir. Ces questions traitées dans des chapitres différents et toujours avec beaucoup de sobriété, n'éclairaient que médiocrement ces cas que nous avons su, depuis, être complexes et imparfaitement connus. Un jour, alors que nous demandions conseil à notre jeune maître et ami, M. le Professeur agrégé Janneney, celui-ci nous engagea à faire notre thèse sur ce sujet, en le limitant aux ménorragies. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance pour l'aide intelligente et les indications sans nombre qu'il ne cessa de nous prodiguer avec une amabilité extrême.

Nous nous proposons, dans ce travail, de faire une étude d'ensemble des ménorragies. Nous n'avons d'autre ambition que d'apporter les conceptions les plus récentes et ayant un intérêt pratique. Puisse ce travail aider quelque jeune camarade ou faciliter la besogne de ceux qui, demain, repren-

dront cette question des ménorragies qui est loin d'être définitive.

Avant de clore cette introduction, nous ne saurions trop remercier M. le Professeur Guyot qui a bien voulu mettre à notre disposition les observations de la clinique gynécologique et qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

DÉFINITION

Les hémorragies génitales chez la femme peuvent revêtir deux modalités différentes. Tantôt il s'agit de pertes prolongées et abondantes au moment des règles (*ménorragies*), tantôt au contraire ces pertes sont intermenstruelles (*métrorragies*).

Malgré la parenté qui existe entre ces deux accidents : méno et métrorragie, malgré leur coexistence possible dans certaines maladies et leur simultanéité dans d'autres, il n'en existe pas moins le plus souvent pour une lésion donnée, une manifestation hémorragique propre (méno ou métrorragie). Ceci nous permettra de *limiter notre sujet aux seules hémorragies menstruelles* en écartant de ce fait avec les métrorragies l'importante question des cancers qui lui est concomitante.

Normalement, les menstrues apparaissent toutes les quatre semaines environ et durent de quatre à six jours. Il y aura ménorragie quand les périodes menstruelles seront plus rapprochées — toutes les trois semaines et même tous les quinze jours — et quand ces pertes se prolongeront plus que normalement jusqu'à huit et dix jours et plus. Il y aura encore ménorragie quand la durée n'étant pas sensiblement augmentée, les pertes sont très abondantes et obligent la malade à cesser son travail, à s'aliter.

Chez une même femme, on peut observer des différences d'abondance de sang menstruel sans que ces différences aient une réelle importance et il n'y a pas lieu de les traiter. Cependant lorsque les règles sont profuses et que leur durée exagérée leur donne un caractère vraiment hémorragique, elles ne peuvent qu'être nuisibles, il faut les arrêter, car le

« sang appelle le sang, une hémorragie appelle une hémorragie et l'habitude morbide s'établit; la malade s'anémie et ces nouvelles conditions sont encore plus favorables à de nouvelles hémorragies ».

Nous voyons donc la nécessité d'intervenir et c'est ici que commencera la difficulté; car si la thérapeutique symptomatique médicale est variée, elle n'est que rarement efficace. Il nous faudra au contraire tendre tous nos efforts pour débrouiller dans l'étiologie complexe des ménorragies, la maladie causale, dont la connaissance seule nous permettra l'action suivie, ferme et éclairée que nécessitent ces états.

CLASSIFICATION ÉTIOLOGIQUE DES MÉNORRAGIES

Pour faciliter l'étude des nombreuses variétés de ménorragies, que nous étudierons en détail — quant à leur étiologie — dans le chapitre suivant, nous présentons un tableau schématique indiquant l'ordre que nous entendons suivre dans cette étude.

	Cardiopathies.
	Lésions rénales.
	Lésions hépatiques.
	Troubles digestifs.
Troubles généraux	Infection.
	Intoxication.
	Chlorose.
	Neuro-arthritisme.
	États hémorragipares.
	Ovaire.
Troubles endocriniens	Thyroïde.
	Hypophyse.
	Surrénale.
	Glande mammaire.
	Fibromes.
Lésions génitales	Métrites.
	Déviation utérines.
	Affection des annexes.

Nous aurions pu, semble-t-il, plus simplement diviser notre travail en trois parties et traiter, séparément, les ménorra-

gies virginales, les ménorragies des femmes en pleine activité génitale, enfin les ménorragies de la ménopause. Mais nous estimons que nous aurions par là inutilement allongé notre sujet par des répétitions forcées ; ainsi, par exemple, le fibrome quoique rare peut se rencontrer chez les pubères, de même que chez la femme adulte nous pouvons avoir affaire à une dysovarie.

Plus simplement, et pour serrer de plus près le problème étiologique, nous envisagerons une à une les causes les plus habituelles des ménorragies.

PREMIÈRE PARTIE

Etude étiologique des ménorragies

CHAPITRE PREMIER

Ménorragies par trouble général

CARDIOPATHIES. — Parmi les causes qu'il est facile de considérer comme fréquentes dans les ménorragies, se trouvent, en premier lieu, les affections cardiaques et en particulier le *rétrécissement mitral*. Sans vouloir nous insurger contre cette assertion, nous n'hésiterons pas à dire que nous considérons la chose comme rare.

Sur de très nombreux cas examinés nous ne sommes en mesure que d'en rapporter un cas et encore est-il celui d'une aortique, cas plus exceptionnel.

Une enquête faite auprès de nos maîtres a confirmé notre opinion. Pourtant les observations ne sont pas rares dans la littérature. Landouzy et M^{rs} Marshall en rapportent des cas que l'on ne saurait discuter. Récemment, M^{me} Reboul, dans sa thèse, en présente trois autres typiques.

Vérin, dans sa thèse, les explique par la *friabilité des vaisseaux utérins* qui insuffisamment nourris perdent leur résistance normale. Il pense que dans d'autres cas il faut incriminer la *stase veineuse*; conséquence de la sténose

mitrale qui engorge la petite circulation puis finit par influencer la grande; d'où une hyperhémie possible dans le système veineux du petit bassin.

Il semble donc que chez les jeunes filles, surtout, les ménorragies puissent être le premier symptôme révélateur d'une cardiopathie silencieuse. Le diagnostic nous en sera facilité lorsqu'on apprendra que l'enfant est facilement essoufflée. En présence de ces symptômes peut-être trouverons-nous à l'auscultation un rythme de rétrécissement mitral plus ou moins complet.

LÉSIONS RÉNALES. — Il n'est pas trop fréquent de trouver des lésions rénales à l'origine des ménorragies. Cependant il en existe indubitablement. Aussi ne faudra-t-il jamais négliger de faire l'examen des urines et de prendre la pression artérielle. Nous pouvons dépister ainsi des néphrites latentes.

LÉSIONS HÉPATIQUES. — Celles-ci sont plus importantes dans la genèse des ménorragies. De tout temps, la tendance hémorragique de l'insuffisance hépatique a été remarquée. Toutes les lésions du foie peuvent leur donner lieu : la lithiase, les ictères catarrhaux, infectieux et ictères graves, la cholémie familiale, les cirrhoses.

On sait que le foie joue un grand rôle dans la formation du sang. Le fibrinogène qui est le générateur de la fibrine serait sécrété par les cellules hépatiques (Doyon Nolf.) Par suite de l'insuffisance hépatique, il y aura trouble dans la formation du fibrinogène et perturbation dans la coagulation. Cette théorie a d'ailleurs été confirmée par l'expérimentation faite sur le chien à la suite de suppressions fonctionnelles ou organiques du foie; on constate un retard de coagulation, de la fragilité du caillot et une tendance hémorragique manifeste. A cela s'ajoute-t-il un processus toxique agissant directement sur l'appareil utéro-ovarien? la chose est probable.

TROUBLES DIGESTIFS. — La diarrhée, l'entéro-colite, l'appen-

dicite, les vers intestinaux peuvent être à l'origine des ménorragies, mais c'est la *constipation* qui est en cause le plus souvent. La constipation chronique très fréquente chez la femme, agit : 1^o par *intoxication*; 2^o en entraînant une *congestion* marquée du petit bassin.

A ce point de vue, Dalché cite une observation des plus convaincantes. Il s'agit d'une jeune fille constipée habituellement se purgeant fréquemment, mais arrêtant systématiquement toute ingestion de médicaments à l'approche des règles. Celles-ci revêtaient le caractère de véritables hémorragies. Traitée énergiquement par des purgatifs, précisément au moment cataménial, la malade vit ses hémorragies disparaître comme par enchantement.

INTOXICATIONS. — Ce serait, semble-t-il, par un mécanisme analogue que se produiraient les hémorragies génitales consécutives aux intoxications par le benzol, le phosphore, l'arsenic, le mercure, l'iode, l'ergot de seigle, la quinine, l'antipyrine, le salicylate de soude. En fouillant plus loin la cause possible de ces hémorragies, et en tenant compte de l'ictère et de l'insuffisance hépatique que l'on rencontre dans quelques intoxications, on peut se demander si, là encore, le foie ne joue pas un rôle capital.

INFECTIONS. — Toutes les maladies infectieuses peuvent donner lieu à des ménorragies souvent fort graves; il en est ainsi dans la variole, la rougeole, la scarlatine, les endocardites aiguës, les pneumonies graves, le paludisme primaire et la typhoïde.

Le rôle de la dégénérescence hépatique semble prépondérant dans la pneumonie comme il l'est dans la fièvre jaune, la spirochétose ictéro-hémorragique où on a constaté la diminution des globulins et des troubles de coagulation (Pagnez). Dans les affections chroniques on observe les mêmes accidents hémorragiques. Peu fréquents dans la tuberculose (Leuret) où l'on rencontre presque exclusive-

ment l'aménorrhée, on les trouve plus régulièrement dans le paludisme chronique, surtout dans les formes avec ictère et dans la cachexie palustre.

La *syphilis* est très importante. Elle l'est d'autant plus qu'elle n'est jamais évidente et qu'il faut la rechercher. A son sujet nous ne pourrons mieux faire que de répéter cette phrase didactique qu'aime à répéter dans son service notre maître, le professeur Guyot : « *n'en parler jamais, mais y penser toujours.* »

La syphilis acquise nous intéressera surtout à sa période tertiaire. On a décrit du côté du corps utérin des formes ulcéro-gommeuses, scléreuses et d'artérite.

Dans quelques cas l'endométrite est prédominante avec une infiltration chronique de la muqueuse et une sclérose du tissu vasculaire (Dalché). L'utérus peut être changé dans sa forme et dans son volume, en totalité ou en partie.

Du côté des annexes on peut relever de la salpingite ou de l'ovarite. Ces ovarites se transforment souvent en ovarites scléro-kystiques dont nous verrons plus loin l'importance.

A la puberté, des ménorragies virginales se manifestent chez les jeunes filles qui présentent des signes de syphilis héréditaire (Ozenne). Ces hémorragies dépendraient de perturbations syphilitiques ou para-syphilitiques dans le développement des organes génitaux et en particulier des ovaires ou bien dans le système endocrinien, glande thyroïde notamment. Peut-être devrait-on chercher des modifications sanguines, le virus syphilitique s'attaquant aux organes hémato-poiétiques (gros foie et grosse rate), afin de pouvoir instituer le plus tôt possible le traitement spécifique.

On conçoit aisément qu'en face de dégénérescence, de débilités, de malformations bien installées, cette même thérapeutique aura bien moins de chances de succès.

CHLOROSE. — Dans les anémies par hémorragie, par infection, par intoxication, alors que le nombre de globules rouges tombe plus ou moins bas, la teneur en hémoglobine reste la

même. Dans la chlorose il y a déficit hémoglobinique alors que le nombre des hématies est sensiblement le même.

Il est important de ne pas confondre ces deux affections : tandis que l'anémie disparaît assez rapidement avec la cause, la chlorose est une affection tenace, difficile à vaincre. La chlorose depuis longtemps étudiée a toujours été signalée comme une maladie de la puberté s'accompagnant de dysménorrhée et d'aménorrhée ; d'autres fois, au contraire, les règles sont très abondantes (*Chlorose ménorragique de Trousseau*). Ces fillettes sont d'une pâleur intense à reflets jaunâtres et même verdâtres, le visage est parfois un peu œdémâcié. Avec les troubles génitaux il y a des troubles circulatoires et digestifs. Pour Dalché les ménorragies seraient dues à des troubles ovariens.

NEURO-ARTHRITISME. — Les femmes appartenant par leurs antécédents héréditaires ou personnels, au tempérament neuro-arthritique (goutte, asthme, obésité, rhumatisme chronique, maladie de Basedow), présentent fréquemment des ménorragies (Richelot-Siredey-Dalché).

Il y aurait une susceptibilité spéciale de leur système nerveux, plus marquée du côté génital, dans un organisme particulièrement instable. Il s'en suit des *fausses métrites*, où l'on ne découvre que de la congestion utérine. Ces malades ont une santé apparente excellente. Chez la fillette, cependant, ces accidents hémorragiques peuvent entraîner une anémie et un affaiblissement marqués. On parle alors de chlorose et on institue un traitement ferrugineux qui ne peut qu'augmenter les hémorragies.

Chez la femme adulte on trouve un utérus un peu gros, normal le plus souvent, toujours mobile, et devant la pauvreté des signes on parle de ménorragie essentielle. Mais si on pousse le questionnaire plus loin, on apprend que d'autres membres de la famille présentent ou ont présenté des symptômes identiques et on s'est accoutumé à ces misères « comme faisant partie des traditions de la famille et on les accepte

avec une résignation qui n'est pas exempte de fierté, car tout le monde ne saurait avoir un sang aussi riche » (Siredey). Ces hémorragies dites « essentielles » remarquables par leur caractère familial et l'absence de lésion sanguine (pas de trouble de coagulation) ne peuvent guère s'expliquer que par l'hérédité neuro-arthritique. Toutefois, à l'origine même de la ménorragie et conséquence du neuro-arthritisme on trouve soit des *lésions de l'ovaire* et des autres glandes endocrines, soit de la *sclérose utérine* (M^{lle} Gaboriau).

ETATS HÉMORRAGIPARES. — Les *altérations sanguines* sont d'une grande importance dans la production des hémorragies, mais encore faut-il qu'une cause indirecte vienne provoquer la rupture du vaisseau. La lésion du sang ne suffit pas pour produire l'hémorragie (P. E. Weil). Dans le cas que nous étudions nous en voyons facilement le mécanisme. Les capillaires de la muqueuse étant normalement rompus par la vague cataméniale, l'écoulement de sang, au lieu de se produire comme à l'ordinaire, tendra vers l'augmentation en quantité et en durée.

La dyscrasie sanguine se présente à nous sous forme de deux syndromes différenciés par P. E. Weil : *L'hémophilie et l'hémogénie*. *L'hémophilie* ne nous intéressera que médiocrement, les hémorragies utérines ne faisant que rarement partie de son cortège symptomatique. L'hémophilie est transmise par les femmes, bien qu'elles-mêmes soient indemnes, aux descendants mâles. L'hémophilie est donc une maladie de l'homme. Cependant on rencontre des exceptions à cette notion classique et alors ces femmes, outre leurs ménorragies, présentent des tendances hémorragiques très nettes. La moindre plaie les fait saigner abondamment et on apprend qu'il y a hérédité hémophilique (hémorragies au cours d'avulsions dentaires, épistaxis fréquentes). A l'examen, le sang présente les caractéristiques suivantes : *in-vitro* retard considérable de la coagulation. Au lieu de la prise en caillot normale en dix minutes, il faut des heures. Par contre, le

temps de saignement n'est que peu augmenté. On note fréquemment des hémarthroses (coude, genou).

À côté de cette forme familiale, il y a les états hémophiliques (hémophilie sporadique) apparentés à une infection acquise ou héréditaire, à une intoxication hémorragipare, en particulier aux affections lésant le foie, la rate et les reins (syndromes anémiques, leucémiques, ictériques). Mais dans ces états, le sang pris à la veine s'écoule plus facilement, le retard de la coagulation ne dépasse pas quarante-cinq minutes et l'adjonction de sérum humain ou animal corrige complètement le retard et donne un caillot normal.

L'hémogénie de P. E. Weil est une diathèse hémorragipare chronique analogue à l'hémophilie avec laquelle on la confond souvent mais qui en diffère cliniquement et qui, en tous cas, est caractérisée par des lésions sanguines différentes et relève d'une thérapeutique dissemblable.

Le purpura chronique entre dans le cadre de la même maladie, il présente les mêmes lésions sanguines et souvent il accompagne les états hémogéniques. Les maladies infectieuses jouent un rôle dans la genèse de l'hémogénie, mais ce sont surtout les troubles hépatiques et les troubles endocriniens (ovariens et *thyroïdiens*, que l'on rencontre. La femme est beaucoup plus souvent atteinte que l'homme, à l'inverse de ce qui se passe dans l'hémophilie. L'affection peut être héréditaire et se fait presque uniquement dans la lignée féminine. Cliniquement on rencontre surtout la forme génitale qui comprend tout un groupe de malades présentant des hémorragies menstruelles, profuses ou interminables, débutant à la puberté, se manifestant encore pendant toute la vie génitale, pour se terminer à la période extrême par les accidents de la ménopause. Généralement, chez ces malades, les hémorragies génitales ont été précédées dans l'enfance d'hémorragies diverses. On a très souvent noté des petites pétéchies, plus fréquemment encore de larges ecchymoses qui se produisaient soit spontanément, soit à l'occasion de traumatismes insignifiants. L'évolution de la maladie est fort longue, « elle ne cesse pro-

bablement qu'avec la vie; elle constitue une manière d'être de l'individu, une véritable diathèse » (P. E. Weil). Le fait vaut d'être noté, car nous aurons par-là l'explication des difficultés que rencontre le traitement et des récives possibles après une longue période sans ménorragies.

L'hémogénie se caractérise principalement par les signes suivants : 1^o La prolongation du temps de saignement que l'on recherche par l'épreuve de Duke. Normalement, quand on fait une incision nette du lobule de l'oreille, on constate que les gouttes de sang recueillies de demi-minute en demi-minute sur du papier buvard s'arrêtent brusquement au bout de trois minutes environ. Dans l'hémogénie on peut trouver un temps de saignement accru de plus d'une heure.

2^o Absence ou rareté des hémotoblastes.

3^o Irrétractibilité du caillot.

4^o Signe du lacet. La constriction légère du bras par un lien fait apparaître en quelques minutes un piqueté hémorragique. Ce signe habituel dans les purpuras est constant dans l'hémogénie. Elle montre le défaut de résistance des capillaires qui ne peuvent supporter une courte hypertension.

5^o La coagulation n'est que légèrement retardée.

Si nous avons des accidents ménorragiques dans l'hémophilie, l'examen hématique serait précieux pour le diagnostic différentiel avec l'hémogénie, et d'une façon plus générale, ce devrait être une règle absolue, de pratiquer l'examen du sang chaque fois que la raison d'une menstruation trop abondante n'apparaîtrait pas nettement.

CHAPITRE II

Ménorragies par troubles des glandes endocrines

Comme nous venons de le voir, de nombreuses causes peuvent déterminer des ménorragies. Cependant il existe des cas non moins nombreux où, ni une lésion locale, ni une des causes précédemment étudiées ne saurait être directement invoquée. Nous voulons parler des *troubles de la sécrétion interne*.

OVAIRE. — Parmi ces troubles endocriniens, l'ovaire joue le premier rôle. L'action de l'ovaire sur la menstruation est admise par tous les gynécologues. On sait d'ailleurs que la castration entraîne l'atrophie des organes génitaux et la suppression des règles et que celles-ci réapparaissent chez les castrées après les greffes ovariennes. D'autre part on avait remarqué que les ménorragies se présentaient plus particulièrement aux deux pôles de la vie génitale : puberté et ménopause, époque où la sécrétion s'établit et se tarit, entraînant un déséquilibre glandulaire passager, cause des troubles menstruels. Dalché a très bien étudié ces questions. Partant que l'hémorragie cataméniale est déterminée par cette sécrétion interne de l'ovaire, il admet qu'une sécrétion insuffisante (*hypo-ovarie*) diminuera ou fera disparaître l'éconlement sanguin ; au contraire, l'hypersecretion (*hyperovarie*) déterminera une hémorragie pathologique. A côté de l'hypo et de l'hyperovarie, Dalché établit un troisième groupe, le plus commun,

celui des dysovariques. Il y aurait dans ce cas de l'instabilité ovarienne donnant lieu à des alternatives de règles profuses et d'aménorrhée (ataxie ovarienne de Jayle). Énormément de femmes en ont présenté à un moment quelconque de leur vie. Ce sont des jeunes filles tardivement réglées qui ne voient leurs règles que toutes les six semaines ou tous les deux ou trois mois, mais alors les règles sont d'une profusion effroyable. Cette débilité glandulaire est le plus souvent le fait d'une hérédosyphilis et peut alors s'accompagner d'autres déficiences organiques et de retard de développement. On peut encore retrouver la tuberculose ou l'alcoolisme des parents, d'autres fois, des séquelles de maladies aiguës, des intoxications, le saturnisme, la conception au cours de l'ébriété ou au cours d'une maladie, ou l'âge avancé des parents. Il semble que pour certaines femmes, la grossesse soit le complément de leur évolution génitale et les rende vigoureuses. Pour d'autres, l'instabilité dure toute la vie, quelques-unes tendent vers l'hypo ou l'hyperovarie.

L'*hyperovarie* est à l'origine de beaucoup de ménorragies virginales. Ce sont de belles filles qui, à douze ans en paraissent quinze, qui ont été réglées à neuf et dix ans. Elles sont précoces physiquement et intellectuellement. Brunes, pileuses, les yeux brillants, elles sont souvent capricieuses. A seize ans elles cessent ordinairement de grandir et il est rare qu'elles deviennent géantes. Cette hyperactivité ovarienne peut se maintenir jusqu'à cinquante-cinq ans et plus. Dalché cite le cas d'une jeune fille réglée à neuf ans dont la mère encore réglée à soixante-quatre ans avait accouché à cinquante-six ans. Toutefois un certain nombre de ces femmes sont stériles.

Les ménorragies de la puberté et de la ménopause ne sont le plus souvent que des manifestations d'hyperovarie. Certains auteurs, De Rouville et Sappey (de Montpellier) notamment, poussant plus loin la recherche de la cause de l'exagération cataméniale émettent la théorie suivante : L'élément actif de l'ovaire serait la cellule lutéinique, aussi bien celle qu'on

trouve dans des corps jaunes que celle de la thèque interne des follicules de Graaf. A la suite de nombreuses recherches anatomo-pathologiques sur des ovaires extirpés, les auteurs concluent par un rapport de cause à effet entre *l'hyperproduction de cellules lutéiniques* et la production des hémorragies utérines, ils donnent comme exemple les cas d'ovaires à petits kystes que l'on rencontre dans les syndromes hémorragiques qui se caractérisent par une production excessive de cellules lutéiniques. Comme autre exemple les mêmes auteurs citent le cas d'une femme de soixante-six ans portant un énorme fibrome sous-muqueux du volume d'une tête d'enfant ayant évolué après la ménopause et qui, depuis onze ans, n'avait pas provoqué la moindre hémorragie. La raison en fut donnée par l'examen des ovaires qui étaient considérablement atrophies et dans lesquels tout élément noble avait disparu pour faire place à une sclérose totale et de Rouville nous dit en terminant qu'il lui est arrivé plusieurs fois de diagnostiquer dans le laboratoire d'anatomie pathologique un syndrome hémorragique, la simple coupe histologique de tel ou tel ovaire soumis à son examen. Notons en passant que cette théorie est en contradiction avec celle de nombreux auteurs qui, au contraire, estiment que l'hémorragie utérine serait due à une *insuffisance lutéinique*.

Iscovesco, en poursuivant ses recherches sur les lipoides endocriniens a pu isoler de l'ovaire deux principes actifs antagonistes : 1^o Une *hormone* (lutéamine) qui, transportée dans le courant sanguin jusqu'au niveau d'un organe (fixation élective sur l'organe homologue dont elle a été extraite), entraînera une augmentation de l'activité de cet organe ; 2^o Une *chalone* (lipotide) qui, dans les mêmes conditions, inhibera ou modèrera son activité. Nous devinons déjà les conséquences de ces recherches quant à la thérapeutique. Nous aurons l'occasion d'y revenir ultérieurement.

Nous ne devons pas considérer une glande endocrine comme étant isolée et agissant sur un organe déterminé pour provoquer un symptôme nettement défini. Il existe, au

contraire, une solidarité remarquable entre les différents organes de ce système polyglandulaire, soit que différents éléments s'unissent pour assurer une même fonction (synergie), soit qu'ils s'opposent et se neutralisent (antagonisme). Il résulte de ces relations entre ces glandes, que les troubles de l'une auront une influence sur les autres. C'est ainsi que la thyroïde peut amener souvent des perturbations dans la fonction ovarienne.

THYROÏDE. — Quel est le rôle exact de la *thyroïde* dans la production des troubles ovariens ? Y a-t-il *antagonisme ou parallélisme* entre les deux glandes ? Ici les expérimentateurs ne sont pas d'accord. Les uns se basant sur l'arrêt des ménorragies par le traitement thyroïdien, l'aménorrhée qui accompagne le goître exophtalmique, l'hypertrophie thyroïdienne de la grossesse, croient à un antagonisme. Pour les autres la fréquence du syndrome d'insuffisance thyro-ovarienne, l'arrêt du développement des caractères sexuels secondaires et même des règles après thyroïdectomie précoce, sont des preuves certaines du parallélisme de ces deux glandes. En réalité, les rapports qui unissent le corps thyroïde et l'ovaire sont très complexes. Madame Collard-Huard qui a bien étudié la question est arrivée à cette conclusion qu'il y a, à la fois, des phénomènes de suppléance et de parallélisme.

Cliniquement les cas les plus fréquents sont ceux d'hyperovarisme s'accompagnant d'*insuffisance thyroïdienne* comme on en rencontre chez les myxœdémateuses. Ce sont des femmes pâles, bouffies, aux cheveux cassants, aux sourcils rares, aux extrémités cyanosées; l'entourage se plaint de leur paresse. A côté de cela on peut trouver des ménorragiques avec de l'hyperthyroïdie, d'où certains succès thérapeutiques avec le sérum de chèvre éthyroïdée.

HYPOPHYSE. — Le rôle de l'hypophyse est encore plus délicat à préciser. L'hypophysectomie chez les sujets jeunes, entraîne un arrêt du développement. L'hyperpituitarisme au contraire

coïncide avec un développement corporel exagéré. Dans l'acromégalie les organes génitaux sont généralement atrophiés. Pourtant on peut voir des fillettes à aspect acromégallique : grandes, poids insuffisant, grosses extrémités, nonchalantes, présenter, au moins transitoirement, des ménorragies importantes.

SURRÉNALE. — Dans la surrénale, c'est la corticale qui joue le rôle important dans les phénomènes du développement et de l'évolution génitale. L'atrophie de ces glandes semble entraîner une absence complète des organes génitaux, alors que les tumeurs de la corticale donnent à la puberté des règles précoces, des besoins sexuels, un système pileux exubérant, un développement corporel marqué. On est alors amené à rechercher des signes de lésion de la surrénale : modification de la tension artérielle, pigmentation de la peau, des muqueuses, glycosurie, trouble de l'élimination du sucre.

Notons que les hémorragies utérines d'origine surrénalienne sont assez rares. Cependant Apert cite le cas typique d'une fillette dont les ménorragies disparurent complètement après ablation d'une tumeur de la corticale.

GLANDE MAMMAIRE. — Il n'est pas permis d'affirmer encore que la mamelle est une glande à sécrétion interne. Cependant un certain nombre d'observations cliniques semblent prouver tout au moins une relation entre la mamelle d'une part, les corps thyroïdes et les glandes génitales d'autre part; poussées mammaires qui précèdent les règles, augmentation de volume pendant les premiers mois de la grossesse. Il a été démontré expérimentalement et cliniquement que les extraits mammaires ont une influence marquée sur la lactation et une influence indirecte sur le système utérin. L'opothérapie mammaire semble antagoniste de l'opothérapie ovarienne.

CHAPITRE III

Les ménorragies de cause génitale

Les lésions de l'appareil utéro-annexiel sont une cause des plus fréquentes des ménorragies. Ces lésions, bien que s'observant incomparablement plus souvent chez la femme en pleine activité génitale, peuvent se rencontrer chez la jeune fille. Les signes n'en diffèrent pas, ils sont cependant reconnus plus tardivement en raison du retard généralement apporté à l'examen local. Nous étudierons une à une les principales causes de ces ménorragies en commençant par celles qui siègent sur l'utérus.

FIBROMES ET POLYPES. — Exceptionnels chez la jeune fille, les fibromes seraient, d'après Pinard, l'apanage des femmes stériles ou peu fécondes. Parmi toutes les causes que nous avons étudiées, le fibrome est celle qui provoque les pertes de sang les plus graves; elles peuvent entraîner la mort. Ces hémorragies profuses sont expliquées par la vascularisation excessive de la muqueuse et la partie avoisinante du fibrome. Des trois formes anatomiques classiques : *sous-péritonéale*, *interstitielle*, *sous-muqueuse*, les deux dernières seules sont hémorragiques. En règle générale les fibromes sont d'autant plus hémorragiques qu'ils siègent *plus près de la muqueuse*.

Ces ménorragies s'observent d'ordinaire bien avant la constatation de la tumeur. C'est ainsi que pendant plusieurs années l'affection peut rester latente sans autres signes que les pertes de sang. Il en fut ainsi, dans l'observation rapportée

par Hours, d'une jeune fille morte de métrorragies ayant fait suite à des ménorragies. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'un petit fibro-myome intra-utérin.

Dans l'intervalle des ménorragies il y a de l'hydrorrhée qui est une hypersécrétion aqueuse liée à l'endométrite qui complique les fibromes. Un autre bon signe de fibrome est l'allongement de la cavité utérine qu'aucune autre affection ne réalise à ce point.

Le toucher confirmera le diagnostic et l'on constatera souvent une tumeur faisant corps et mobile avec l'utérus, correspondant à un fibrome de volume important.

Dans une deuxième catégorie on peut avoir de la fibromatose. Les lésions consistent surtout en une sclérose diffuse associée à des fibromes disséminés et peu importants. L'utérus est alors gros et sensiblement régulier et le diagnostic différentiel avec les métrites du corps ne laisse pas d'être difficile. Mais nous aurons un bon signe distinctif dans l'indolence de la fibromatose.

Enfin une troisième catégorie sera celle des fibromes de petit volume et voisins de la muqueuse, n'ayant d'autre signe physique qu'une augmentation de volume au moment de la poussée congestive menstruelle. Mais ils tendent à se pédiculiser et nous aurons alors les douleurs expulsives, véritables tranchées utérines dénotant la présence du noyau fibreux dans la cavité même de l'utérus. Dès lors nous avons le polype fibreux. Il y a des polypes volumineux dont le pédicule est assez long pour venir faire saillie à l'orifice cervical. L'examen au spéculum confirme les renseignements fournis par le doigt. D'autres, moins volumineux, ne sont perceptibles que par la seule exploration intra-utérine.

Les polypes muqueux sont constitués par l'hypertrophie des glandes utérines : ce sont des adénomes, ils se développent en un point de la muqueuse du corps et plus souvent du col utérin. Ils sont toujours petits, plus ou moins nombreux, ils seraient l'indice d'une lésion de l'appareil utéro-annexiel (Michon).

MÉTRITES. — Toutes les métrites, même les plus banales à staphylocoques ou à streptocoques peuvent devenir hémorragiques la chronicité aidant. Les hémorragies sont dans ce cas liées à des modifications anatomiques importantes de l'endromètre qui se caractérisent par la dilatation des vaisseaux préexistants et la néoformation de capillaires d'un volume relativement considérable, très superficiels, très voisins de la surface libre. La muqueuse est non seulement épaissie, mais bourgeonnante et irrégulière, bosselée, elle est hérissée d'une ou plusieurs petites saillies polypeuses; d'autres fois elle semble tapissée de petites villosités (métrites polypeuses et villeuses).

La ménorragie appartient presque exclusivement à la métrite du corps, il s'en suit une série de signes que nous connaissons bien : douleur, leucorrhée, col gros œdémateux ou au contraire induré, corps augmenté de volume et sensible. Au spéculum on appréciera la coloration plus ou moins foncée, parfois rouge, violacée du col, les ulcérations et les écoulements utérins.

A côté de ces cas qui ne sont que des métrites compliquées d'hémorragies, il existe de véritables métrites hémorragiques dans lesquelles le tableau symptomatique est réduit aux simples hémorragies menstruelles. La *métrite déciduale* prédispose à ce type de ménorragie. Il est probable que dans ces cas l'infection s'est primitivement ou secondairement localisée aux vaisseaux et que les lésions de la muqueuse ont disparu, mais cette infection ayant touché les vaisseaux aura diminué la résistance de leur paroi, d'où des dilatations et une fragilité toute spéciale. On conçoit aisément qu'il y ait des hémorragies profuses sous la poussée cataméniale.

De quelque origine que soit la métrite, à la longue les lésions envahissent de proche en proche les tissus voisins, et tout le parenchyme utérin peut être intéressé. Le corps utérin est alors manifestement augmenté de volume et dur (*hypertrophie scléreuse, métrite parenchymateuse*). Ces malades ont non seulement des règles abondantes mais souvent elles sont

douloureuses. De plus elles accusent des pertes blanches et de la pesanteur au niveau du bassin.

Le col est volumineux, de consistance dure et égale. L'utérus augmenté de volume est parfaitement mobile. Les annexes semblent intactes. L'évolution de cette métrite est éminemment chronique.

DÉVIATIONS UTÉRINES. — Elles sont très souvent, et surtout la *rétrodéviation*, le point de départ des ménorragies. D'ailleurs les hémorragies sont liées à l'endrométrite qui accompagne cette rétrodéviatio, d'où non seulement l'utérus est rétrofléchi ou rétroversé, mais il est gros, congestionné, et quelque peu prolabé. A côté de ces cas les plus fréquents où l'utérus est le siège de lésions inflammatoires manifestes, il faut citer ceux décrits par Doléris sous le nom de « *fausses métrites* » où les accidents utérins sont d'origine purement mécanique : la congestion passive de l'organe est due au vice de position, coudure des vaisseaux en particulier.

Nous trouverons, accompagnant les déviations, deux ordres de symptômes fonctionnels. Les uns, mécaniques (douleur lombaire, sensation de pesanteur à la vulve). Les autres, nerveux, toujours très marqués (dyspepsie, toux utérine).

AFFECTIONS DES ANNEXES. — Les lésions des trompes et des ovaires, les adhérences péritonéales qui les accompagnent, exercent sur l'ovulation une influence très variable ; tantôt elles provoquent une destruction progressive de la glande aboutissant à l'aménorrhée (hypo-ovarie), tantôt elles entretiennent une congestion intense qui accélère la fonction physiologique (hyper-ovarie) et qui se traduit par des règles plus rapprochées et plus abondantes. Ces troubles peuvent être aussi bien provoqués par les salpingo-ovarites aiguës, subaiguës ou chroniques, que par les tumeurs ovariennes, soit que ces dernières s'enclavent dans le pelvis, soit qu'il y ait torsion de leur pédicule (kyste de l'ovaire). Mais c'est surtout l'*ovarite scléro-kystique* qu'il faut savoir dépister.

Celle-ci peut se produire à la suite d'ovarites, infectieuses elles-mêmes, sous la dépendance de maladies générales ou de lésions locales. Il existe une ovarite scléro-kystique *primitive* qui est observée chez les vierges. Cette ovarite est caractérisée, au point de vue anatomo-pathologique, par une foule de petits kystes transparents qui font saillie à la surface de l'ovaire qui est lui-même scléreux et épaissi. Ces petits kystes sont constitués par des follicules de Graaf et des corps jaunes ayant subi la dégénérescence kystique. Quelquefois, ces petits kystes sont hématiques à la suite de petites hémorragies; leur volume reste le même à part de rares exceptions (cas de J. Guyot et Péry, 1909, où le kyste dépassait le volume d'une grosse orange).

Le caractère histologique fondamental de ces kystes réside dans l'*hyperproduction des cellules lutéiniques de la thèque*; substratum anatomique de la sécrétion interne de l'ovaire (Forgue, Massabuau).

La connaissance de cette hyperproduction lutéinique nous donne l'explication des ménorragies si fréquentes dans les ovarites scléro-kystiques. Un autre symptôme très important est la dysménorrhée prémenstruelle qui cesse quand s'établit le flux menstruel. Parfois le toucher rectal ou même mieux, vaginal, précise le diagnostic, on sent un ou deux ovaires présentant de la douleur exquise, un peu augmentés de volume et prolabés dans les culs-de-sac.

Pour beaucoup d'auteurs, Richelot, Doléris, Siredey, Bégouin, cette ovarite serait la conséquence d'une congestion active.

CHAPITRE IV

Ménorragies par troubles nerveux.

Le rôle du système nerveux dans l'apparition des ménorragies ne saurait être nié; très souvent ce rôle consiste en un acte réflexe. L'excitation est conduite par les nerfs sensitifs aux centres médullaires et sympathiques et se réfléchit dans les nerfs moteurs de la musculature vasculaire de l'appareil génital. Tel est l'effet, bien connu, du *froid* chez certaines femmes. Telles sont également les actions, bien étudiées par Térillon, de certaines lésions chirurgicales ou de traumatismes sur la menstruation. D'autres accidents d'origine nerveuse sont plus difficiles à interpréter; c'est ainsi que, dans certaines névroses ou psycho-névroses, hystérie et mélancolie en particulier, à côté d'aménorrhée on peut observer des ménorragies. Robin estime qu'il y a dans ces cas de l'instabilité vaso-motrice qui entraîne, sous l'effet de certaines excitations, des crises fluxionnaires. Il s'en suit de la dysovarie qui se traduit par de l'hyper ou de l'hypo-ovarie.

DEUXIÈME PARTIE

Diagnostic

Connaissant les diverses maladies qui peuvent provoquer des ménorragies il y a lieu d'étudier maintenant ce qu'il convient de faire lorsque nous avons à porter un diagnostic.

Nous savons qu'à la puberté se produisent, avec l'établissement des premières règles, d'importantes modifications de tout l'organisme. C'est ainsi que beaucoup de maladies qui jusque-là pouvaient être latentes, présentent avec l'éruption menstruelle leur première manifestation, telles sont les cardiopathies et la chlorose. Comme nous l'avons vu, beaucoup d'autres affections sont susceptibles d'influencer la menstruation. Depuis que l'on fait systématiquement un examen général, complet chez les jeunes filles ménorragiques, les ménorragies dites essentielles de la puberté ne se rencontrent presque plus.

I. JEUNES FILLES. — Donc chez la jeune fille, étant donné la rareté des affections utérines, nous aurons en vue deux pathogénies possibles : une maladie générale ou un trouble glandulaire.

Parmi les premières nous commencerons par rechercher en premier lieu les *affections cardiaques* et surtout le rétrécissement mitral.

Puis songeant au *rein* nous rechercherons l'albumine et l'hypertension. Les ménorragies sont quelques fois associées

à des *affections hépatiques* : après nous être renseigné sur l'existence possible de coliques hépatiques, nous rechercherons la cholémie, les ictères, les cirrhoses ; plus rarement nous trouverons la cause dans une intoxication due à des *troubles digestifs* ou à l'absorption de *produits toxiques*. Avec soin il faudra se rendre compte si la *chlorose* n'est pas en cause et ne pas la confondre avec l'hémophilie, l'hémogénie ou le *neuro-arthritisme*.

Si la ménorragie s'installe pendant la période fébrile d'une *maladie éruptive* ou *infectieuse*, le diagnostic en sera aisé ; plus difficile il sera dans les *infections chroniques* : tuberculose, paludisme et surtout syphilis, non seulement en tant qu'affections acquises mais par leur hérédité. Cette hérédité tient dans les ménorragies une très grande place.

Une malformation, un stigmate pourraient, à eux seuls, nous mettre sur la voie d'une débilité ou d'un *dysfonctionnement glandulaire* ; nous dépisterons ainsi l'hyper-ovarie qui est si souvent en cause et connaissant les synergies glandulaires, nous rechercherons les signes possibles d'hyper ou d'hypo-thyroïdie ou de troubles surrénaliens ou hypophysaires.

II. FEMMES EN PLEINE ACTIVITÉ GÉNITALE. — A mesure que les femmes avancent en âge, les ménorragies deviennent plus fréquentes ; aux maladies précédentes toujours possibles, viendront s'ajouter les *affections locales*. Aussi en présence d'une femme ayant eu des enfants ou des fausses couches, nos investigations porteront de suite sur l'appareil utéro-ovarien et suivant le cas nous aurons affaire à un *fibrome*, à de la *sclérose utérine*, à une *déviatio*n, à une *métrite*, ou enfin à une *annexite* ou à une *tumeur de l'ovaire*.

III. FEMMES A L'ÉPOQUE DE LA MÉNOPAUSE. — La ménopause, appelée encore âge critique est cette période transitoire durant laquelle les règles, avant de disparaître complètement sont plus ou moins perturbées, troublées dans leur élaboration. Ce sont « les dernières lueurs d'une lampe qui va

s'éteindre ». Avant de porter le diagnostic de *ménorragie essentielle* de la ménopause, il est impérieux de faire un examen local très complet et très minutieux, afin de dépister entre autres lésions utéro-annexielles un *cancer* au début. Devant cette crainte, certains gynécologues estiment ne pouvoir formuler le diagnostic de ménorragie essentielle de la ménopause, qu'après l'arrêt complet des pertes de sang depuis plusieurs années chez des malades dont l'examen local répété s'est toujours montré négatif.

Quand ces hémorragies ne se rattachent à aucune lésion locale, il nous faudra rechercher le *neuro-arthritisme*, l'*artériosclérose* et enfin les *troubles ovariens* qui ne peuvent pas ne pas exister, puisqu'à l'arrêt de fonctionnement de cet organe correspond l'arrêt des hémorragies.

Une fois encore nous voyons quel rôle joue l'ovaire dans les ménorragies. En somme, ce rôle est toujours capital et les gynécologues admettent de plus en plus que c'est parce que l'ovaire est primitivement ou secondairement touché qu'il y a ménorragie. Non seulement les affections générales influenceraient l'ovaire, mais également les affections utéro-annexielles. C'est ainsi que le fibrome entraînerait une hypernutrition de l'utérus, cette hypernutrition amènerait un hyperfonctionnement de l'ovaire qui commanderait à l'hémorragie.

Maladies générales ou locales, troubles endocriniens, le problème pathogénique est toujours assez complexe. Ce fait doit dominer notre thérapeutique et en conséquence elle sera variée.

Nous serons obligé d'associer le traitement symptomatique au traitement étiologique ou d'employer ensemble plusieurs types d'agents hémostatiques qui, loin de contrarier leur action, augmentent par leur union leur efficacité thérapeutique. •

TROISIÈME PARTIE

Traitement

CHAPITRE PREMIER

Traitement symptomatique des ménorragies

Il faudra, avant tout, prescrire le *repos absolu* au lit pendant toute la durée de l'hémorragie. La malade devra rester la tête basse, sans oreiller, les cuisses maintenues fléchies à l'aide d'un coussin passé sous le creux poplitée. On interdira toute conversation et toute visite. Il est assez difficile de faire accepter ces prescriptions à la malade; il est pourtant important d'obtenir qu'elle les exécute, car ce traitement rigoureux et simple aura raison de beaucoup d'hémorragies tenaces et en particulier, de celles des premières règles, dues à un simple trouble fonctionnel transitoire.

Dans les cas d'hémorragie grave il sera bon de faire des *applications de glace* sur le ventre; on pourra également augmenter la déclivité du tronc au moyen de briques sous les deux pieds du lit.

Si ces précautions ne sont pas suffisantes, on aura recours aux injections très chaudes 48°, très abondantes cinq litres. L'eau chaude agit en favorisant l'action des ferments coagu-

lents et par la vaso-constriction qu'elle provoque; mais cette vaso-constriction peut n'être que passagère, aussi faudra-t-il renouveler ces injections quatre ou six fois dans les vingt-quatre heures (ce qui ne laisse pas de fatiguer la malade), et tendre ainsi vers l'irrigation continue. Dalché, dans les cas d'insuccès, recommande de recourir à l'eau froide, eau simple ou additionnée de substances astringentes ou hémostatiques : décoction de feuilles de noyer, eau oxygénée, ou antiseptiques légers.

Chez les jeunes filles, à défaut d'injections vaginales, les injections rectales très chaudes, d'un litre, pourront être utiles; mais il faut savoir que les injections vaginales ne sont pas difficiles à pratiquer, il suffit de mettre sur une canule quelconque une sonde urétrale de Nélaton n° 16 qu'on introduira doucement à travers l'hymen.

Chez certaines malades nerveuses, neuro-arthritiques à réactions faciles et exagérées, les injections d'eau très chaude provoquent une poussée fluxionnaire qui contribue à exagérer les pertes. Dans ces cas l'eau tiède semblera mieux indiquée.

Dans les cas graves on pourra faire des tamponnements vaginaux avec des tampons de gaze ou de ouate stérilisée, imbibés de sérum animal ou d'une solution gélatinée à 10 %. Les tampons seront enlevés au bout de dix à douze heures et renouvelés aussitôt si besoin en est. Il se formerait dans la cavité utérine un caillot de petit volume qui assurerait l'hémostase (Dalché et Robin).

TRAITEMENT INTRA-UTÉRIN. — La dilatation prolongée par les lamineaires est très recommandable et constitue un bon moyen pour arrêter les hémorragies.

Si le col est perméable, on pourra tenter des cautérisations utérines avec de la teinture d'iode au 1/10 ou du chlorure de zine au 1/20 (Méthode Delbet).

Le curettage pourra être essayé mais il ne donnera pas toujours des résultats définitifs et devant la persistance d'hémorragies menaçantes on sera conduit à des opérations plus

graves. C'est ainsi que l'hystérectomie pourra trouver son indication quand tous les autres moyens auront échoué.

TRAITEMENT GÉNÉRAL. — Tout l'arsenal thérapeutique a été utilisé et la plupart des médicaments se sont montrés médiocrement efficaces. Nous ne citerons que les principaux parmi ceux ayant donné des succès assez constants, nous les diviserons en trois classes : les vaso-constricteurs, les vaso-dilatateurs et les coagulants.

VASO-CONSTRICTEURS. — Ces médicaments agissent par l'intermédiaire des centres nerveux sur les fibres lisses des vaisseaux, il se produit un resserrement vasculaire généralisé, l'écoulement du sang se trouve ainsi diminué. Toutefois les médicaments vaso-constricteurs élèvent la tension sanguine. Cette élévation de tension, si le sujet est déjà hypertendu, pourra être supérieure à l'action vaso-constrictive, si bien que l'hémorragie au lieu de cesser, augmentera. Donc, en principe, éviter les *vaso-constricteurs chez les hypertendues*. Les vaso-constricteurs ont un autre inconvénient : à la vaso-constriction succède une vaso-dilatation d'autant plus marquée que la première a été plus vive. Si la coagulation du sang n'a pas obturé la plaie vasculaire, l'hémorragie reprend aussi intense sinon plus. C'est ce qui se produit surtout avec l'adrénaline et qui a fait rejeter son emploi en tant qu'hémostatique général.

D'une façon générale, les vaso-constricteurs devront être employés. On évitera, dans une certaine mesure, les actions de vaso-dilatation secondaires par l'emploi de *doses moindres mais répétées et maintenues plus longtemps*.

Le plus utilisé et le plus connu est l'*ergotine*. Ce médicament a, de plus, une action élective sur l'utérus dont il contracte les fibres lisses, aussi, s'il a été décrié dans les hémorragies liées à la grossesse (Pajot, Pinard), dans le cas de ménorragies, il est reconnu excellent. Son action, si elle n'est pas des plus durables, est des plus actives, elle apparaît

deux à trois minutes après l'injection, dix à vingt minutes après l'ingestion.

L'ergot de seigle frais s'administre à la dose de 2 à 4 grammes, en fractionnant les doses à raison de 0 gr. 50 tous les quarts d'heure. Son extrait aqueux, l'ergotine, se prescrit de 0 gr. 50 à 3 grammes et son alcaloïde, l'ergotinine, mille fois plus active, de 1/4 de milligramme à 1 milligramme. Pour les injections il vaut mieux recourir aux préparations spécialisées, ainsi par la voie sous-cutanée on injectera de 1 à 3 cc. d'ergotine Yvon. Il faut savoir que l'ergotine peut provoquer des tranchées utérines douloureuses et des phénomènes d'intoxication : l'ergotisme.

L'*Hamamelis Virginica* et l'*Hydratis Canadensis* agiraient d'une façon très élective sur la contraction des veines, en particulier sur celles de la sphère utérine ; ils seraient donc anti-hémorragiques et anti-congestifs ; de plus, l'*hydratis* posséderait une action directe sur le muscle utérin. Leur action est lente, cependant on doit toujours les essayer. On pourra prescrire par exemple :

Teinture d' <i>Hydratis Canadensis</i>	{	à 10 grammes
— d' <i>Hamamelis Virginica</i> . . .		
— de <i>Viburnum prunifolium</i> ..		

vingt gouttes trois fois par jour.

Ou bien l'extrait fluide en lavement : une ou deux cuillérées à soupe dans un demi-verre d'eau.

Actuellement, le médicament qui tend de plus en plus à être employé et qui est le plus efficace, sans conteste, est la *pituitrine*. La pituitrine est l'extrait du lobe postérieur d'hypophyse. Outre son action vaso-constrictive, elle possède une action extrêmement énergique sur les fibres musculaires lisses dont elle provoque la constriction. Un de ses avantages est d'agir extrêmement vite en injection intra-musculaire. On peut prescrire l'extrait hypophysaire, poudre totale d'hypophyse en cachets de 10 centigrammes, trois cachets par jour. Les extraits de lobe postérieur s'ordonnent en cachets ordinairement moitié moindres ou même encore en injections

sous-cutanées ou intra-musculaires : faire une injection de 1 cc. d'extrait du lobe postérieur Choay, une seule fois par jour.

VASO-DILATATEURS. — Les inconvénients des vaso-constricteurs ont conduit les cliniciens à essayer les vaso-dilatateurs qui, en *abaissant la pression générale*, diminuent la circulation dans les vaisseaux lésés et y faciliteraient ainsi la coagulation du sang.

Malheureusement, là encore, il y a un inconvénient et des plus sérieux : ils ont tendance à accroître la chute de la tension artérielle et à anémier les centres nerveux. Nous devons donc nous en abstenir précisément dans les hémorragies profuses, qu'on aurait besoin d'arrêter rapidement par crainte de syncope.

Nous ne ferons alors que citer le nitrite d'amyle, la trinitine, lesquels d'ailleurs ont été surtout étudiés dans les hémorragies de la petite circulation. On pourrait, plus volontiers, essayer dans les ménorragies l'émétine ou plutôt le *chlorhydrate d'émétine* dont Dalché se montre satisfait. D'ailleurs E. Weil a constaté que l'émétine raccourcissait le temps de saignement. Il y a donc double raison à ce qu'il soit hémostatique. Dalché recommande de préférence l'injection intra-musculaire de 2 centigr. à renouveler trois fois dans la journée.

La stypticine a été également employée avec succès en cachets de 5 centigr. quatre fois par jour.

MÉDICAMENTS COAGULANTS. — « L'organisme s'efforce d'arrêter la perte de son sang, tant par la sécrétion des substances coagulantes de la plaie, que par un accroissement de la coagulabilité générale du sang » (P.E. Weil, Boyé). Les médicaments que nous devons donner n'auront d'autre but que d'imiter ce procédé de défense naturelle.

SÉRUMS SANGUINS. — Les sérums sanguins, animaux on

humains, sont les plus employés parmi ces médicaments. En injections intra-veineuses ou interstitielles, ils augmentent notamment la coagulabilité du sang. Le mécanisme en est complexe; ils agissent par les ferments coagulants et apportent, sérozyme et cytozyme, générateurs du fibrinogène. De plus, l'injection de sérum hétérogène possède une action vaso-constrictive qui relève d'une façon durable la pression sanguine. Le sérum humain, frais, administré par transfusion donne d'excellents résultats. La difficulté de se le procurer, et la peur d'une syphilis méconnue lui font préférer le sérum animal. C'est au sérum de cheval que l'on s'adresse et si on n'a pas de sérum simple, on se servira de *sérum antidiphthérique* communément répandu. On trouve dans le commerce du sérum en période de régénération sanguine, l'*hémostyl*, basé sur les expériences de Carnot et Deslandre qui ont démontré que le sérum d'animaux ayant subi des saignées successives acquiert des propriétés hémopoïétiques remarquables.

Dans les cas graves on peut injecter, sans inconvénient, 20 à 30 cc. dans les 24 heures. Quand il y a eu injection antérieure rejeter la voie veineuse. Ordinairement on se borne à l'absorption du contenu de une ou deux ampoules d'*hémostyl* dans un quart de verre d'eau ou en un petit lavement.

Dufour et Le Hello ayant remarqué que les injections de sérum hétérogène se montraient surtout actives comme anti-hémorragiques au moment anaphylactique ou du choc sérique eurent l'idée de se servir de sérum de lapin anaphylactisé. Ce sérum connu sous le nom d'*Anthéma* aurait donné quelques résultats heureux. Il s'emploie à la dose de 10 à 20 cc. par la voie sous-cutanée.

GÉLATINE. — La gélatine agit en tant qu'agent hypervisqueux et coagulant. Cliniquement l'injection de gélatine agit non seulement en accélérant le temps de coagulation, mais en améliorant le caillot qui devient ferme et se rétracte mieux. (Carnot).

Dans les cas très graves on peut avoir recours à l'injection intra-veineuse, mais le plus souvent on pratiquera des injections sous-cutanées. Pour celles-ci on se servira du sérum gélatiné de Carnot à 20 ‰, on pourra injecter jusqu'à 200 cc. de ce sérum, tiédi au bain-marie. On réduira ainsi les risques que comporte la méthode : apparition de fièvre élevée et cas de tétanos consécutifs à la stérilisation insuffisante de la solution de gélatine.

CHLORURE DE CALCIUM. — En 1890, Arthus avait constaté que le sang privé expérimentalement de ses sels de chaux, perd sa coagulabilité qu'il retrouve si on le recalcifie secondairement. On a pu se rendre compte que le chlorure de calcium, par sa présence, favorise la transformation du fibrinogène en fibrine qui englobe les éléments figurés et constitue le caillot. Le chlorure de calcium se donne à la dose de 2 à 4 grammes par jour dans du sirop d'écorces d'oranges amères (ne pas mettre dans du lait qui serait coagulé par le médicament). Il ne faut pas en donner trop, l'excès du calcium étant défavorable à la coagulation.

CHAPITRE II

Traitement étiologique

Affections générales

Nous avons vu au chapitre du Diagnostic que beaucoup de ménorragies étaient dues à des affections générales. Dans ces cas-là nous ne pouvons lutter efficacement contre l'hémorragie qu'en traitant la maladie causale.

CARDIOPATHIE. — Dans les cardiopathies le traitement tout indiqué sera la *digitale*. Ce médicament agira en tant que toni-cardiaque et en tant que vaso-constricteur. Dans ce rôle-ci il était très employé le siècle dernier, même dans les hémorragies utérines indépendantes des maladies de cœur. Les doses que l'on prescrira seront des doses moyennes, infusion de 0 gr. 20 à 0 gr. 30 de feuilles, ou X à XX gouttes de teinture de digitaline.

AFFECTIONS RÉNALES. — On recherchera les grands syndromes : albuminurie, rétention chlorurée ou azotée, hypertension, pour instituer un traitement adéquat : régime lacté, lacto-végétarien, déchloruré, hypoazoté. Si on prescrit les hypotenseurs éviter les iodures.

AFFECTIONS HÉPATIQUES. — Toute ménorragie d'origine hépatique est justiciable du traitement ordinaire de la maladie de foie qu'elle accuse. On aura donc à traiter une cirrhose, un

ictère ou une lithiase. Nous avons eu l'occasion de suivre une malade (observation II) qui présentait de la lithiase avec rétention cholédocienne, une médication cholagogue associée à une cure hydrominérale de Vichy ayant triomphé du mal, les règles redevinrent normales.

En outre du traitement ordinaire, il semble indiqué d'essayer, dans l'insuffisance hépatique en général, de suppléer au déficit glandulaire en administrant des *extraits hépatiques*.

Nous pouvons prescrire, comme nous l'avons vu faire à notre maître le professeur Sabrazès dans un cas de purpura : Suc hépatique glycériné Bazin, une cuillerée à café dans un demi-verre d'eau de Vittel, à 10 heures et à 4 heures, vingt jours par mois.

TROUBLES DIGESTIFS. — La diarrhée, l'entéro-colite, l'appendicite, les vers intestinaux seront traités suivant les indications habituelles. Quant à la *constipation*, il faudra se méfier chez nos malades, des lavements et des purgatifs qui, loin d'être utiles, augmentent une constipation spasmodique et provoquent de l'entérite muco-membraneuse.

Ainsi aura-t-on plutôt recours à des agents régularisant l'exonération : l'huile de paraffine, l'agar-agar, etc. On pourra y joindre, si besoin est, des suppositoires de glycérine ou de petits lavements d'huile d'olive.

INFECTIONS. — Dans les maladies infectieuses aiguës, il ne saurait être question de négliger la maladie causale, l'hémorragie n'étant que secondaire. Dans les états infectieux chroniques ou héréditaires, la difficulté réside dans le diagnostic. Celui-ci posé, nous appliquerons les traitements devenus classiques, de la tuberculose, de la syphilis ou du paludisme.

CHLOROSE. — Chez ces malades, nous insisterons sur les prescriptions hygiéniques : aération, séjour à la campagne, pas de surmenage, alimentation variée de digestion facile. En même temps nous prescrirons le *fer* et l'*arsenic*.

NEURO-ARTHRITISME. — Dans ces cas nous traiterons les modalités de la diathèse. On y joindra l'*opothérapie* qui donnera souvent de bons résultats. S'il y a lieu nous traiterons la sclérose utérine fréquente dans ces cas-là. Enfin nous pourrons conseiller les eaux alcalines de Vichy ou chlorurées, bicarbonatées de Royat, ou chlorurées sodiques de Luxeuil.

ÉTATS HÉMORRAGIPARES. — L'*hémophilie* relève essentiellement de la sérothérapie. Nous ne reviendrons pas sur les sérums dont nous avons déjà longuement parlé. La correction des lésions sanguines de l'*hémiogénie* est plus difficile à réaliser. Les médications coagulantes comptent quelques succès, mais elles ne peuvent restituer à l'économie les hémotoblastes. Dans ces conditions, la réapparition des ménorragies est chose fréquente. Pour les prévenir, les médications opothérapiques doivent être essayées P. E. Weil donne sa préférence, dans ces cas-là à l'*hémato-éthyoïdine*.

Si l'hémorragie se montre rebelle ou pourra essayer d'autres méthodes moins connues mais très prometteuses. Stephan, en 1920, a montré que l'*irradiation de la rate* augmente la coagulabilité du sang. Canuyt et Wolf (1922-1924) ont confirmé ce résultat, mais ils ont, en outre, montré que l'irradiation du sang circulant sur un territoire quelconque (paume de la main) produit le même effet. Il y a mise en liberté de ferments leucocytaires coagulants par destruction des globules blancs. Neuhof et Hirshfeld, deux chirurgiens américains, puis Renaud en France, ont attiré l'attention sur la valeur des injections intra-veineuses ou intra-musculaires de *citrate de soude*, comme agent hémostatique. Ils en conseillent 10 à 30 cc. d'une solution à 30 %.

DYSENDOCRINIE. — « Dans les syndromes polyglandulaires avec prédominance de l'altération d'une glande, le traitement uni-glandulaire suffira très souvent (Dalché). » C'est ici que commence la difficulté, beaucoup de glandes souffrent en même temps et les souffrances des unes retentissent sur les

autres quelle glande doit-on traiter ? Jusqu'à ces derniers temps, ce fut l'opothérapie thyroïdienne qui fut la plus en faveur — faveur méritée, d'ailleurs — et reposant sur plusieurs succès. De nombreuses observations démontrent en effet que des hémorragies génitales ont été régularisées et supprimées. On admet même qu'un traitement thyroïdien excessif ou prolongé peut déterminer de l'aménorrhée.

E. Weil et Boyé estiment que, vu l'importance du corps thyroïde sur le fonctionnement ovarien, dans tous les cas de dysfonctionnement de tout le système endocrinien, c'est à lui que l'on aura recours le premier. La *glande thyroïde* du mouton a pu être administrée fraîche, mais il est plus facile de se servir de poudre de corps thyroïde. Les doses varient de 1 milligr. à 10 centigr. « Les doses de 1 à 5 milligr. sont conseillées pour tâter la susceptibilité du sujet et pour obtenir des effets de régularisation dans les cas d'instabilité ; il est curieux d'observer que ces faibles quantités produisent des résultats très appréciables » (Léopold Lévi). Aussi doit-on s'en tenir aux doses de 5 à 25 milligr., encore faudra-t-il, par mesure de prudence, surveiller son malade.

Les ménorragies pouvant survenir dans des cas d'hyperthyroïdie, la médication anti-thyroïdienne trouve aussi souvent son indication. C'est ainsi que l'hémato-éthyroïdine a donné quelques brillants résultats. Elle se prescrit à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour avant les repas.

HYPOPHYSE. — Nous avons étudié dans le traitement symptomatique que ce produit était excellent pendant l'hémorragie par suite de son action directe sur l'utérus. De quelle façon cette action s'exerce-t-elle sur les ovaires ? Les avis sont assez partagés. Il est certain que dans les syndromes hypophyso-ovariens, la poudre totale d'hypophyse donne de bons résultats.

SURRÉNALE. — L'extrait surrénal se prescrit en cachets de 10 centigrammes de poudre desséchée plutôt que sous forme d'adrénaline pour prévenir les ménorragies.

MAMELLE. — Il a été démontré expérimentalement qu'il y a antagonisme entre les extraits ovariens et les extraits mammaires. Ces derniers auraient, à la fois, une action hypotensive générale et une action élective sur la musculature utérine. De plus, l'extrait ovarien réfrènerait la fonction de l'ovaire qui est toujours en suractivité dans les cas qui nous intéressent. Des observations favorables ont été rapportées au cours de ménorragies de la puberté, de la ménopause et d'états neuro-arthritiques où sûrement l'ovaire était en cause.

Bathuaud, Dalché ont constaté leur action favorable, même dans les cas de fibromes. On peut prescrire quotidiennement deux cachets de 50 centigrammes, un à chaque repas. La médication étant inoffensive on peut aller jusqu'à 2 et 3 grammes. On institue le traitement huit jours avant la date présumée des règles et on le continue deux et même trois jours après leur arrivée.

OVAIRE. — Les ménorragies essentielles considérées comme étant sous la dépendance plus ou moins directe d'une hyper-ovarie, l'opothérapie ovarienne était, jusqu'à ces dernières années, justement proscrite. Tout au plus quelques auteurs l'employaient-ils dans les cas de dysovarie pendant les périodes d'aménorrhée ou d'oligoménorrhée.

Actuellement, grâce à la découverte de deux substances antagonistes dans l'ovaire, nous avons à notre disposition une nouvelle série de médicaments qui promet de donner d'excellents résultats. Quoi qu'il en soit, la *sistomensine* qui serait une lipoïde de l'ovaire, semble bien avoir une action décongestive sur l'appareil utéro-ovarien et frénatrice sur l'écoulement menstruel. Un certain nombre d'observations confirment cliniquement ces résultats. La *sistomensine* s'adressera surtout aux états d'hyper-ovarie; elle donnera également de bons résultats dans les cas de congestion pelvienne ne s'accompagnant pas de graves lésions. Les doses varient entre trois et six comprimés par jour au moment des

repas, en commençant cinq à dix jours avant la date présumée des règles. Dans les cas d'hémorragies ou de douleurs dysménorrhiques, il est plus indiqué de recourir à la voie hypodermique : ampoules de 2 cc., une par vingt-quatre heures.

En réalité, dans les troubles de sécrétion interne, il est difficile de savoir quelle est la glande la plus touchée. Souvent notre méthode sera empirique, nous procéderons par tâtonnement, prêt à associer ou à supprimer certains extraits afin d'un meilleur résultat final. Cependant, étant donné que nous avons un produit frénateur de la fonction ovarienne et que l'hyper-ovarie est manifeste dans les troubles glandulaires s'accompagnant de ménorragies, nous pourrions l'essayer.

MÉNOPAUSE. — Si nous ne trouvons pas, après un examen médical consciencieux (toucher vaginal, spéculum, curettage) l'explication des ménorragies, nous agissons sur l'état général par une diététique spéciale, par l'exercice et la vie au grand air, et en favorisant la diurèse et les éliminations.

Les hypertendues bénéficieront d'une cure à Royat; les nerveuses à Luxeuil, Néris, Plombières; les constipées à Châtel-Guyon et celles dont le système veineux est touché à Bagnoles.

Contre les troubles ovariens toujours plus ou moins importants, l'opothérapie thyroïdienne et surtout ovarienne nous rendra les meilleurs services.

Enfin, si les hémorragies persistaient, on hâterait l'apparition de la ménopause par quelques séances de radiothérapie ou par une application de radium.

Affections génitales.

FIBROME. — Beaucoup de médicaments utilisés dans le traitement symptomatique sont susceptibles de faire cesser les hémorragies du fibrome. D'aucuns estiment que ces médicaments agissent aussi sur le fibrome. C'est ainsi que l'ergot

de seigle, la pituitrine, l'hydratis canadensis, l'hamamélis, par leur action directe sur l'utérus, tendraient à énucléer le fibrome en diminuant son volume et sa vascularisation.

Les extraits thyroïdiens, mammaires et ovariens (lipoïdes) par leur action frénatrice sur l'ovaire pourront être également utilisés. De même pourra-t-on essayer les eaux minérales chlorurées, sodiques (Salies-de-Béarn, Biarritz). Ces divers traitements médicaux n'amènent que de rares succès. L'introduction de la radiothérapie et de la radiumthérapie en gynécologie, a mis à notre disposition deux moyens incomparablement plus sûrs et plus efficaces. Celles-ci, en effet, amènent dans presque tous les cas, l'arrêt de l'hémorragie et même très souvent font, pour ainsi dire, fondre le fibrome. Mais doit-on irradier tous les fibromes ? Certainement non. J. L. Faure estime à 30 % environ les fibromes justiciables de l'irradiation. Les contre-indications sont donc assez fréquentes.

Nous allons les énumérer :

1^o Tous les cas douteux, tous les fibromes compliqués ou chez lesquels ont crain une complication. Le doute doit profiter à l'intervention (fibromes tordus, sphacélés, suppurés, calcifiés, en voie de dégénérescence ou trop volumineux, ou bien affections des annexes : kystes de l'ovaire, salpingite).

2^o Les fibromes pédiculés.

3^o Les femmes jeunes. Car malgré des cas de grossesse rapportés après radiothérapie et les progrès faits dans le dosage des rayons, il n'en reste pas moins vrai que les irradiations sur l'utérus sans y comprendre l'ovaire sont insuffisantes. Ces hésitations ne sont plus fondées chez les femmes au voisinage de la ménopause qui peuvent bénéficier beaucoup plus largement de la radiothérapie.

4^o Nous ajouterons les myomes purs qui seraient peu sensibles à l'action des rayons.

5^o Les fibromes s'accompagnant d'hémorragies profuses, inquiétantes, l'action des rayons n'étant pas assez rapide.

On adressera alors à la radiothérapie « tous les fibromes purs, ni dégénérés, ni compliqués et d'une variété radio-

sensible, de diagnostic absolument certain » (M^{lle} Dubreuilh).

Doit-on préférer la curiethérapie à la roentgenthérapie ? Il n'y a rien de définitif à ce sujet. La curiethérapie a l'avantage d'être d'une application fort simple, qui la met à la portée de tous les gynécologues ; son action reste plus limitée à l'utérus que celle des rayons X. Enfin, une seule application suffit.

La roentgenthérapie a pour elle de dispenser de l'anesthésie et de toute manœuvre intra-utérine. Elle n'oblige pas les malades à être hospitalisées, celles-ci peuvent suivre leur traitement sans presque rien changer à leurs habitudes. De plus, elle permet d'agir sur des fibromes assez gros, tandis que la diminution rapide de l'intensité d'action du radium lui fait réserver les petits fibromes.

Si la radiothérapie marque un gros progrès, elle ne constitue pas encore le traitement unique des fibromes et le traitement chirurgical n'a pas perdu tous ses droits. Le curettage peut être essayé dans les fibromes s'accompagnant de métrite fongueuse, pour arrêter l'hémorragie. En fait, ces hémorragies étant dans une certaine mesure sous la dépendance de la fonction ovarienne, elles ne sont pas arrêtées et on a fait courir inutilement, au malade, le risque d'accidents septiques. De Rouville et Sappey, dans *Gynécologie et Obstétrique* 1920, estiment que dans certains cas : malades exangues, anémiées à l'extrême par les hémorragies profuses, essouffées au moindre effort, pouls rapide, organes déliciens, la laparotomie s'imposant, la castration ovarienne, opération de Hégar, doit être tentée. De Rouville a maintes fois fait l'expérience que l'extirpation des ovaires fait cesser les hémorragies. Or cette opération pourrait se faire en quelques minutes.

Nous ne parlerons que pour mémoire de la ligature des artères utérines qui eut son heure de vogue, elle est également abandonnée au profit de la myomectomie de l'énucléation ou de l'hyst érectomie. La seule contre-indication au traitement chirurgical est tirée du mauvais état général du sujet.

MÉTRITE HÉMORRAGIQUE. — La forme déciduale, qu'elle soit post. partum ou post. abortum est justiciable d'emblée de curettage. Toute thérapeutique est inutile. C'est ici le triomphe du curettage.

Dans les autres cas de métrites on peut se bien trouver d'une thérapeutique symptomatique judicieusement employée. On peut y joindre les attouchements intra-utérins de chlorure de zinc au cinquième ou les injections intra-utérines de chlorure de zinc suivant la méthode de Pierre Delbet. Naturellement, si on soupçonne une syphilis, on s'entoure de toutes les garanties et on fait le traitement spécifique. Le *curettage* est également une bonne méthode de traitement dans les métrites hémorragiques qui s'accompagnent d'une muqueuse épaissie, friable, très vascularisée ; de même dans les cas de métrite hémorragique pure. Ces cas s'observent fréquemment chez les femmes approchant de la ménopause. Le curettage est nuisible quand il s'agit de sclérose utérine.

Dans les cas rebelles, on se trouvera bien de la radio ou de la radiumthérapie qui, le plus souvent, donneront de brillants succès. Nous nous hâterons de les conseiller, surtout aux femmes d'un certain âge, chez lesquelles on n'aura pas à s'inquiéter de la stérilisation probable de l'ovaire.

Enfin, dans les cas particulièrement tenaces il faudra recourir au traitement chirurgical. Celui-ci doit être fait rapidement si la curette exploratrice dénonce une métrite tuberculeuse.

DÉVIATIONS UTÉRINES. — Lorsque la déviation s'accompagne de métrite ou de péri-métrite, on commence par traiter celles-ci, puis on tente de réduire, par la manœuvre bi-manuelle de Schultze, et on fixe par un pessaire qui, dans quelques cas, donnera de bons résultats. La réduction sanglante s'adressera au cas où l'utérus est fixé par des adhérences. On fera alors le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds (Procédé de Doléris) ou des hystéropexies.

AFFECTIONS DES ANNEXES. — A part des cas tout à fait spéciaux, la méthode de choix sera le traitement médical. Dans les cas aigus, le repos absolu au lit, les applications prolongées de glace, les injections chaudes, jointes à quelques sédatifs, refroidiront presque chaque fois les lésions les plus graves.

Dans les cas chroniques, les injections vaginales seront continues. On peut, avec avantage, faire des applications chaudes sur le ventre. Les pansements vaginaux à la glycérine ichtyolée ou au thygénol sont très efficaces dans les formes chroniques légères. Les cas chroniques seulement peuvent bénéficier d'une cure à Saint-Sauveur, Cauterets, Eaux-Chaudes, Néris, Plombières. Les eaux décongestionnantes de Luxeuil conviennent surtout aux neuro-arthritiques.

Dans les premières manifestations de l'ovarite scléro-kystique, on ne saurait trop insister sur l'importance d'une existence calme, exempte de tout surmenage, de toute excitation génitale; de la cure d'air, de la surveillance du tube digestif. A ce traitement hygiénique, on joint de plus en plus de l'*opothérapie thyro-ovarienne*.

En somme on peut espérer des résultats heureux, chaque fois que le traitement médical pourra être régulièrement suivi pendant longtemps. Malheureusement il est presque impossible à observer dans la classe ouvrière et ce sera une des raisons qui lui feront préférer les interventions chirurgicales.

A cette raison, s'ajoutent celles tirées de l'état local : menace de rupture et de péritonite généralisée dans les cas aigus, incurabilité dans les cas chroniques, tuberculose des annexes, douleurs intenses à répétition comme il s'en produit toujours dans l'ovarite scléro-kystique. On a recours alors suivant le cas à la salpingectomie si les lésions sont unilatérales ou à l'hystérectomie et salpingectomie si les lésions sont bilatérales. Enfin il est possible, dans certains cas de faire des opérations conservatrices, ainsi, l'exérèse partielle des ovaires dans les ovarites scléro-kystiques.

En terminant rappelons que dans les cas d'annexites que rien n'explique, on doit songer à la syphilis; en particulier,

dans certaines ovarites scléro-kystiques. Le traitement sera alors, s'il y a lieu, celui de la syphilis en général.

Il va de soi que dans les cas de tumeur la chirurgie est indiquée.

TROUBLES NERVEUX. — Nous agirons sur les troubles nerveux en évitant, aux approches de la période menstruelle, la fatigue physique, le surmenage intellectuel, le refroidissement et nous nous trouverons bien d'une opothérapie thyro-ovarienne.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Jeanneney).

Insuffisance aortique et toni-cardiaque.

M^{me} G. . . , vingt-quatre ans. Antécédents héréditaires ou personnels sans intérêt. A été réglée à onze ans. Les deux ou trois premières règles sont normales, puis, très vite, s'installent des ménorragies qui seront traitées par le repos, l'ergotine et une cure à Salies. Ce traitement n'amènera aucune modification. Les ménorragies persistent pendant près de deux ans, s'accompagnant d'un état d'anémie considérable. En janvier 1914, l'état de faiblesse impose un examen général complet et celui-ci fait découvrir une *insuffisance aortique* insoupçonnée jusqu'alors. On conseille à la malade le repos, les injections chaudes et les toni-cardiaques. Le traitement, régulièrement observé, amène très vite la cessation des ménorragies qui disparaîtront pendant trois ans. En août 1917, une nouvelle ménorragie se produit, elle cède facilement au repos et aux toni-cardiaques.

Depuis, la malade a une menstruation normale.

Mariée depuis six ans, elle a deux enfants bien portants.

OBSERVATION II

(Personnelle).

Rétention cholédocienne et cholagogues.

M^{me} L. B. . . , trente-huit ans. Rien de spécial dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Réglée à treize ans, menstruation normale. Mariée à vingt ans. Une première grossesse à vingt-deux ans, une deuxième à vingt-cinq ans, toutes deux sans incident.

Il y a cinq ans, la malade aurait fait une première crise de coliques

hépatiques qui se renouvelle trois ans plus tard. La deuxième crise plus importante que la précédente s'accompagne d'un ictère léger. La malade nous signale que ses règles avaient avancé et avaient été plus abondantes.

Au début de juillet 1925, nouvelles crises de coliques hépatiques, crises répétées pendant cinq ou six jours. Dès le troisième jour s'installe un ictère intense et la fièvre monte et oscillera durant toute la maladie entre 38° et 39°. Avec l'ictère ont apparû quelques vomissements, on note la perte de l'appétit, des selles décolorées, un ventre légèrement ballonné. Le foie est un peu gros et sensible surtout en bas et en dedans du point vésiculaire. Cet état de choses se prolongera pendant *cinq semaines* avec quelques variations d'intensité. On apprend, chose singulière chez cette femme habituellement bien réglée, que les menstrues qui s'étaient arrêtées aux environs du 20 juin, sont revenues les premiers jours de la maladie et ont duré plus que de coutume (neuf jours). La malade reverra deux autres fois ses règles au cours de sa maladie. Le mal ayant cédé à une médication cholagogue (Boldo, salicylate de soude) jointe à l'absorption d'eau minérale de Vichy et de Vittel, la malade n'a plus présenté de ménorragies.

OBSERVATION III

(Citée dans thèse de M^{me} Reboul).

Hérédo-syphilis et traitement spécifique.

Une jeune fille de vingt ans qui n'avait éprouvé jusqu'ici aucun accident de son hérédité spécifique (père incontestablement syphilitique), est prise brutalement d'une lésion gommeuse de la jambe, lésion dont la nature syphilitique n'a pas paru un instant douteuse. Un traitement spécifique est aussitôt prescrit, qui fait justice de la lésion, cela avec une rapidité significative.

Or, en l'espèce, ce traitement eut pour résultat non seulement de guérir la gomme de la jambe, mais encore deux états morbides concomitants, à savoir : 1° Des maux de têtes persévérants, remontant à plusieurs années et qui jusqu'alors étaient vaguement rapportés à une céphalalgie de croissance ; 2° Une dysménorrhée habituelle compliquée de ménorragies qui duraient huit jours en épuisant la malade par leur abondance et leur répétition. Des médications de tout genre (notam-

ment : ergot de seigle, toniques variés, hydrothérapie) avaient été prescrites mais avaient échoué complètement. Seul le traitement mercuriel parvint du même coup à dissiper ces accidents.

OBSERVATION IV

(Jeanneney *in* thèse Lageat).

Hémogénie et Hématoéthyrôidine.

M^{me} N... (B.), trente et un ans. Ses antécédents héréditaires et collatéraux sont très chargés. Le père est mort bacillaire à trente-huit ans; la mère est encore vivante, mais atteinte de bronchite chronique, son frère est mort d'une méningite bacillaire. Elle présente une polyarthrite douloureuse avec localisation prédominante au niveau du genou droit, sans adénopathie, avec amyotrophie. La radiographie, l'inoculation au cobaye sont négatives. Cette arthrite disparaît après quatre mois d'immobilisation, en laissant simplement une légère raideur.

Depuis, la malade présente des ménorragies. Elle a été réglée à treize ans, mais présentait depuis vingt ans des pertes rouges très abondantes avec caillots au moment des règles. Le signe du lacet est positif. Les ménorragies ne cèdent pas au traitement habituel et un curetage est proposé par un gynécologue. On donne alors de l'hématoéthyrôidine et de l'hémostyl en lavements; du chlorure de calcium en potion dès le deuxième jour des règles. Au bout de deux mois de ce traitement, les règles ne durent que quatre jours et ne présentent plus de caillots.

OBSERVATION V

(P.-E. Weil *in* thèse Eliçagaray).

Hémophilie et Sérothérapie.

M..., jeune fille de quatorze ans, est prise après une attaque d'appendicite à froid, d'anémie grave et de troubles hémorragiques; état fongueux des gencives, melœna, épistaxis; le nombre des globules s'abaisse à 300.000; après trois mois, guérison (août 1904). Mais rechute un an après (octobre 1905); la déglobulisation réapparaît (1.750.000 globules), en même temps que diverses hémorragies, surtout

ménorragies abondantes. Tous les traitements ont été tentés en vain et on injecte du sérum humain pour prévenir l'hémorragie. On fait deux injections de sérum frais; l'une intra-veineuse le 11 novembre, l'autre sous-cutanée le 21 décembre. La première injection, en même temps qu'elle fait baisser rapidement la température, évite la ménorragie. Mais sans que les hémorragies reprennent leur intensité habituelle, l'anémie, qui n'avait été en rien modifiée, augmente, et la maladie continue à évoluer pour se terminer fatalement en mars 1906.

OBSERVATION VI

(Citée par Dalché, *Bulletin médical*, juin 1912).

Dysovarie et sérum animal.

Jeune fille de seize ans, entre à l'Hôtel-Dieu pour ménorragie persistante et grave. Rien de spécial dans ses antécédents, n'a jamais présenté aucun signe d'hémophilie.

Premières règles à douze ans qui durent trois jours, dès les secondes et pendant un an la menstruation s'établit tous les vingt-sept jours pour durer de seize à vingt-trois jours. De treize à seize ans, alternatives de ménorragies et d'aménorrhées.

A son entrée à l'hôpital, période de ménorragie. Examen général et génital négatifs. L'examen du sang ne montre qu'une simple anémie. Comme, jusqu'à ce jour, les irrigations très chaudes, l'ergotine, le chlorure de calcium n'ont donné aucun résultat, on prescrit de la glace sur le ventre, des irrigations vaginales fraîches, de la gélatine, de la poudre thyroïde. Les phénomènes ne se modifiant pas, on fait à la malade des injections sous-cutanées de sérum animal qu'on accompagne d'un tamponnement avec une mince lanière de gaze imbibée du même sérum. Un second tamponnement sera fait le lendemain. L'hémorragie s'arrête et ne s'est pas reproduite.

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Dourthe)

Dysovarie et sistomensine.

Femme de trente-quatre ans, D. . . (M.). Sans antécédents morbides ni héréditaires, ni collatéraux, ni personnels. Toujours mal réglée.

Etant jeune fille, alternatives d'avance et de retard. Dans ces derniers cas, règles plus abondantes.

A l'âge de vingt ans, grossesse à évolution normale de même que l'accouchement. Réglée de nouveau tôt après, les règles seront encore irrégulières, sans précision de date. Depuis un an environ, hémorragies abondantes à chaque menstrue; allant même (août 1924 et juin 1925) jusqu'à la syncope. C'est ce qui fait appeler le Dr Dourthe. Rien de particulier quant à l'état général. Du côté de l'appareil utéro-ovarien, utérus normal, non douloureux, on ne sent pas les annexes. Cure de repos au lit, injections très chaudes, ergotine dans la phase aiguë. Depuis juillet 1925, prend de la sistomensine à raison de quatre pilules les quatre jours qui précèdent la date présumée des règles et les deux premiers jours des menstrues. Depuis lors, les règles sont sensiblement moins abondantes quoique la malade continue son travail même aux époques, travail qu'elle devait interrompre autrefois. Au cours des dernières règles, la malade n'a pas pris de pilules, les règles ont été plus abondantes mais n'ont présenté aucun caractère pathologique.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Jeanneney).

Acromégalie et extrait hypophysaire.

Femme de trente-cinq ans. A toujours eu des règles irrégulières à tendance hémorragique. L'an dernier, de mars à avril, ces troubles s'accroissent et elle présente des ménorragies. Le repos, le traitement symptomatique amenèrent quelque amélioration. Le Dr Jeanneney la revoit en mai 1925 à l'occasion d'abondantes ménorragies contre lesquelles les vaso-moteurs et les hémostatiques habituels ne donnent rien. L'examen local ne dénote rien de particulier. Cette femme présentant un aspect rappelant le gigantisme : grosse tête, forte mâchoire, prognathisme, grosses extrémités (mains en battoirs), on lui fait prendre du lobe postérieur d'hypophyse accompagné de chlorure de calcium. Le mois suivant, les pertes profuses ne se produisent pas et ne se sont plus renouvelées.

OBSERVATION IX

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Réchou).

Fibrome et radiothérapie.

M^{me} G. . . , quarante-six ans, vient le 7 août 1923, à l'hôpital, à la consultation de M. le Professeur Bergonié. Depuis trois ans elle présente des pertes très abondantes au moment de ses règles. Les dernières règles, particulièrement importantes, durèrent du 1^{er} au 25 juillet. Entre temps, elle présentait de l'hyrorrhée. Pas de signes généraux. A l'examen, on trouve un utérus gros comme deux poings, dépassant de deux travers de doigt la symphyse pubienne. Les annexes sont saines.

La malade, du 8 août 1923 au 14 juillet 1924, subira six séances de radiothérapie de plus en plus espacées. Des les premières applications, disparition totale des pertes. Les suivantes qui répondent nettement aux règles n'ont duré que deux jours.

La malade est examinée à nouveau le 4 février 1924. L'utérus ne donne aucune sensation de fibrome, il est parfaitement normal. La malade a augmenté de poids, parfait état local et général. Il n'y a plus de règles.

OBSERVATION X (Résumée)

(Jeanneney *in* thèse Lageat).

Fibrome. Arrêt de l'hémorragie.

M^{me} B. . . , quarante-huit ans. Réglée à treize ans, règles régulières, abondantes, non douloureuses. Mariée à dix-neuf ans. Trois grossesses à terme. Pas de maladies graves. Depuis trois ans, ménorragies ne cédant ni à l'ergotine, ni aux injections. Ces temps derniers, les hémorragies s'aggravent encore. La malade présente d'importants signes d'anémie. L'hamamélis, l'ergot, la sistomensine n'amènent pas de résultats appréciables. Les hémorragies se produisent malgré le repos. On lui fait, dans le service du Professeur Bergonié, deux séances de radiothérapie. En même temps on fait un traitement par l'hémostyl. Au bout de deux mois, l'état général est sensiblement amélioré, ce qui permet d'opérer la malade. On lui fait une rachianesthésie et l'hystérectomie abdominale subtotale pour gros fibrome interstitiel. Suites normales.

OBSERVATION XI (Résumée)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot).

Fibrome. Hystérectomie.

M^{me} V..., quarante-six ans, vient à l'hôpital en février 1925, parce qu'elle a des pertes de sang. Dans son enfance, on ne relève qu'une fièvre typhoïde à huit ans. Régée à douze ans. Règles un peu abondantes, durant huit jours. Mariée a vingt-trois ans, son mari, pulmonaire, mourra jeune. Une première grossesse normale, une deuxième avec fausse couche d'un mois et demi. Pas de complications.

Depuis l'année précédente, les menstrues sont irrégulières, elles avancent notablement et sont très abondantes. D'octobre à novembre, elle aurait suivi, sans résultats, plusieurs séances de radiothérapie. Depuis janvier, la malade n'a plus d'appétit, elle est très amaigrie et perd ses forces. A l'examen, on trouve un volumineux fibrome se mobilisant avec l'utérus et dont les mouvements se transmettent au col. Le toucher est indolore.

Hystérectomie subtotale en février 1925. Sort guérie le mois suivant.

OBSERVATION XII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot).

Rétention placentaire. Curettage.

Augustine B..., trente ans. Régée à quinze ans. Règles douloureuses mais régulières. Deux grossesses normales. Fait *une fausse couche de deux mois* qui sera suivie de pertes abondantes. Cinq mois après, la malade présente encore de très importantes ménorragies qui n'ont cédé à aucun des traitements habituels. Le col est mou, entr'ouvert, l'utérus est gros, un peu douloureux. On pratique un curettage utérin qui ramène des débris placentaires. Opération sans incidents. Guérison.

OBSERVATION XIII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot).

Rétroflexion. Opération de Doléris.

Marie L..., trente et un ans. Souffre du bas-ventre et a des pertes sanguines. Fièvre typhoïde à six ans. Régée à dix-sept ans, règles

irrégulières et douloureuses jusqu'à vingt-deux ans. Elles sont ensuite plus régulières mais toujours douloureuses et de plus en plus abondantes (huit jours) avec des caillots. Une grossesse normale à vingt-neuf ans; levée au bout de treize jours. Depuis l'accouchement, et surtout depuis les deux dernières années, la malade souffre du ventre. Douleurs continuelles, augmentant à la marche et à la fatigue, obligeant souvent la malade à se coucher. Les règles sont redevenues abondantes. L'examen montre un utérus gros et en rétroflexion. Opération de Doléris. Suites normales.

OBSERVATION XIV (Résumée)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot).

Salpingite. Salpingectomie.

M^{lle} Yvonne R..., vingt-sept ans, est envoyée en observation à l'hôpital le 15 septembre 1925, parce qu'elle souffre du ventre, qu'elle a des pertes rouges depuis quatre semaines et que ses règles reviennent fréquemment. Réglée à quinze ans. Depuis cette date et jusqu'à ces derniers temps, menstrues régulières mais abondantes (huit jours). Aux environs du 20 août, la malade fut prise de frissons et de fièvre, elle ressentait en même temps une douleur abdominale diffuse avec prédominance au point ovarien droit. Pas de troubles digestifs. On prescrit de la glace sur le ventre, ce qui soulage un peu la malade. Les règles, bien que peu abondantes, réapparaissent à des intervalles de dix jours. Les douleurs ne cessant pas, les signes généraux persistant, la malade entre à l'hôpital où on porte le diagnostic d'annexite droite. Opération à froid en octobre. Salpingectomie droite et appendicectomie. Sort guérie.

CONCLUSIONS

1^o Chez la fillette, les lésions utéro-annexielles sont rares, les ménorragies relèvent d'une *maladie générale* ou d'un trouble de la sécrétion interne, en particulier de l'ovaire (*hyperovarie*).

Chez la femme adulte, au contraire, les ménorragies sont surtout dues à des lésions *utéro-annexielles*, il peut y avoir également hyperfonctionnement de l'ovaire.

Chez la femme à la veille de la ménopause, nous pourrions trouver à la fois de l'*hyperovarie* et des *lésions utéro-annexielles*.

2^o Toutes les ménorragies sont d'abord passibles d'un traitement médical symptomatique auquel il faut associer l'opothérapie, plus spécialement à la puberté et à la préménopause.

3^o Le diagnostic étiologique étant fait, il faudra instituer un traitement adéquat afin de prévenir les ménorragies.

4^o Parmi les maladies organiques qui déterminent des ménorragies, beaucoup s'accompagnent d'un trouble de la crase sanguine. Il faut joindre au traitement habituel de ces maladies l'emploi de sérum animal et de chlorure de calcium.

5^o Quant au traitement des cas graves d'origine génitale, il faut savoir :

a) que les radiations, si elles rendent de merveilleux ser-

vices, ne s'adressent qu'à un certain nombre de cas et ne sont pas sans inconvénient surtout chez les femmes jeunes;

b) que l'intervention mutilante doit être le dernier échelon de l'échelle thérapeutique;

c) que le curettage, s'il n'est pas toujours curatif, peut rendre de grands services pour préciser le diagnostic.

Vu, bon à imprimer :

Vu :	<i>Le Président,</i>
<i>Le Doyen,</i>	J. GUYOT.
C. SIGALAS.	

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 12 décembre 1935

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- APERT. — Portion-corticale des surrénales, ses relations avec le cerveau et les glandes génitales. *Presse médicale*, 1911.
- ARNOZAN. — Les troubles menstruels dans leur rapport avec la pathologie et la thérapeutique. *Leçon clinique*, 1922.
- ARNOZAN et CARLES. — Précis de thérapeutique, Paris, 1924.
- BARRAUD. — Métrorragies dans les ovarites scléro-kystiques. Thèse de Bordeaux, 1902.
- BARTHELÉMY. — Hérédo-syphilis des glandes endocrines. Thèse de Paris, 1919.
- BÉCLERE. — Curiethérapie des métrites hémorragiques. *Gynécologie et Obstétrique*, t. IV, n° 5, 1921.
- La radiothérapie des fibromes utérins. *Journal de radio et d'électricité*, 1922.
- BÉGOUIN. — Fibromes hémorragiques et radiations. *Gynécol. et Obstétrique*, 1923.
- Précis de pathologie chirurgicale.
- BOURDEAUX. — Les ménorragies de la puberté par dyscrasie sanguine. Thèse de Paris, 1919.
- BRU. — De l'action antagoniste de deux substances extraites de l'ovaire. *Bulletin de Médecine*, 14 avril 1923.
- CARLSON. — Hypo et hyperfonctionnement des glandes endocrines. *The journal of the Med. Assoc. Chicago*, 1922.
- CARNOT. — Le sérum de cheval agent hémostatique. *Paris médical*, octobre 1912.
- CESBRON (M.-H.). — La curiethérapie des métrites hémorragiques. *Journal de Chirurgie*, décembre 1922.
- CHAVANNAZ et GUYOT. — Maladie de la rate. *Traité de Chirurgie*.
- COLLARD-HUARD (M^{me}). — De l'insuffisance ovarienne envisagée dans ses rapports avec l'insuffisance thyroïdienne. Thèse de Paris, 1911.

- COLLIAT (M^{lle}). — Métrorragies virginales et neuro-arthritisme. Thèse de Montpellier, 1911.
- COTTE. — Sur les rapports du corps jaune et de la menstruation. *Gyn. et Obst.*, Paris, 1923.
- DALCHÉ. — Hyper et hypo-ovarie. *Gazette des Hôpitaux*, 1907.
- Leçons cliniques et thérapeutiques sur les maladies des femmes, 1921.
- Métrorragies dans les maladies de cœur. *Journal de Médecine et de Chirurgie gynécologiques*, n° 2, 1904.
- De quelques métrorragies dites « essentielles ». *Concours médical*, avril 1923.
- La syphilis et les métrorragies. *Presse médicale*, août 1922.
- Les maladies de l'ovulation. *Progrès médical*, 1922.
- DALCHÉ et ROBIN. — Traitement médical des maladies des femmes.
- DOUAY. — Ménorragies des jeunes filles. *Gyn. et Obst.*, 1923.
- DOUSDEBÈS. — Des métrorragies virginales rebelles au traitement médical, Paris, 1923.
- DUBREUILH (M^{lle}). — Indications et contre-indications de la radiothérapie dans les fibromes utérins. Thèse de Bordeaux, 1924.
- DUFOUR et LE HELLO. — Le sérum sérique antihémorragique (Anthéma). *Presse médicale*, janvier 1921.
- EHRlich (Marthe). — Contribution à la pathogénie des états hémorragiques. *Presse médicale*, septembre 1924.
- ERNST (M^{me}). — Les métrorragies de l'adolescence de cause utérine. Thèse de Paris, 1923.
- FABRE (M^{me}). — Les cas de fibromes traités par le radium. *Société d'Obst. et de Gyn.*, 1920.
- FAURE (J.-L.). — Curiethérapie des fibromes utérins. *Gyn. et Obst.*, 1921.
- FAURE et SIREDEY. — Traité de chirurgie médico-légale.
- FEISSLY. — Contribution à la thérapeutique des accidents hémorragiques chez l'hémophile par la correction *in vivo* de la coagulation sanguine. *Presse médicale*, mars 1925.
- FORGUE et MASSABUAT. — L'ovaire à petits kystes. *Revue de Gyn.*, 1910.
- Les troubles de sécrétion interne de l'ovaire. *Presse médicale*, 1912.
- Les métrorragies de la ménopause. Métrorragie d'origine ovarienne. *Presse médicale*, 1912.
- GABORIAU (M^{lle}). — Contribution à l'étude des métrorragies dites « essentielles » de la ménopause. Thèse de Paris, 1919.
- GOLDENSTEN. — Contribution à l'étude des métrorragies d'origine syphilitique, Thèse de Paris, 1908.

- GRAY. — Menorrhagia in young girls. *Lancet London*, 1922.
- GUÉLLER (M^{lle}). — Les métrorragies des arthritiques. Thèse de Paris, 1921.
- GUILLOUX. — L'infection ourlienne dans ses rapports avec la menstruation. Thèse de Paris, 1922.
- GUYOT. — La transfusion sanguine. *Journal de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, mai 1918.
- HAILLON. — Influence produite par l'ovaire sur le corps thyroïde. *Revue de la Société de Biologie*, 1907.
- HAPPEL (H.-E.). — Personal experience with the extract of corpus luteum. *Interstate N. J. Saint-Louis*, 1917.
- HARTMANN-KEPPEL (G.-L.). — Annexite à forme métrorragique. *Gyn. et Obst.* Revue mens., 1923, n° 4.
- Opération ou traitement par les rayons dans le cas de fibrome utérin. *Obst. et Gyn.*, 1924.
- HENDRICK (A.-C.). — Amenorrhæ and menorrhagia with special reference to the action of ductless glands. *Canad. Pract. and Rev. Toronto*, 1931.
- HENRY (J.-H.). — Les théories de la menstruation. *Gyn. et Obst.*, Paris, 1923.
- HODGES (F.-M.). — The Röntgen ray in the treatment of certain types of metrorragia virginica. *M. Month. Richmond*, 1923.
- JAYLE. — Opothérapie ovarienne. *Revue de Gyn. et Chirurgie*, 1903.
- JEANNENEY. — Traitement des grandes hémorragies. *La Médecine*, octobre 1924.
- La menstruation et ses troubles en pratique. *Progrès médical*, 30 novembre 1925.
- Les hémorragies et leur traitement. *Gazette des Hôpitaux*, 1925.
- KOENIG. — Curiothérapie des métrorragies hémorragiques en dehors du cancer et du fibrome *Gyn. et Obst.*, octobre 1921, t. IV.
- *Congrès de Gyn. de langue française*, 1921.
- LABORDE (Simone). — Radiumthérapie des ménorragies et métrorragies. *Gazette des Hôpitaux*, 30 décembre 1920.
- LACEAT. — Traitement général des grandes hémorragies. Thèse de Bordeaux, 1925.
- LE MONNIER-DENIS (M^{me}). — Métrorragies des jeunes filles. Thèse de Paris, 1921.
- LESAGE. — L'opothérapie hypophysaire en gynécologie. Thèse de Paris, 1918.

- LEVI (Léopold). — Opothérapie endocrinienne, Paris « Livre de France », 1922.
- LEVI et ROTSCCHILD. — Nouvelles études sur la physiopathie du corps thyroïde et autres glandes endocrines, 1910.
- LUNG (W.). — Les glandes endocrines dans l'hémorragie utérine. *Méd. record*, avril 1923.
- MARSAN. — Traitement opothérapique des métrorragies. *Progrès médical*, 3 mai 1924.
- MICHON. — Le polype muqueux utérin. Thèse de Lyon, 1923.
- MOSSÉ et FABRE. — Extrait hypophysaire et métrorragies. *Gyn. et Obst.*, 1922, n° 3.
- NEUHOFF et HIRSHFELD. — Les injections intra-musculaires de citrate de soude comme moyen hémostatique. *Presse médicale*, octobre 1922.
- NICOLEAU (Pierre). — Contribution à l'étude des métrorragies de la ménopause. Métrorragies d'origine ovarienne, Montpellier, 1922.
- OZENNE. — Syphilis de l'utérus et de ses annexes. Paris, Masson, éditeur, 1920.
- PACHON. — Considérations physiologiques sur les rapports fonctionnels du sympathique et des glandes endocrines. *Congrès de Médecine de Bordeaux*, 1923.
- PARISSE (Mlle). — Contribution à l'étude de l'étiologie des rétrodéviations utérines chez les vierges. Thèse de Paris, 1912.
- POUEY. — Quarante observations d'hémorragies utérines traitées par le radium. *Gyn. et Obst.*, n° 1, 1921.
- POULIOT. — Essai sur l'opothérapie des troubles menstruels. *Paris médical*, 1922.
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- RACASSENS. — Application de la radiothérapie en gynécologie. *Presse Méd.*, août 1923.
- REBOUL. — Les ménorragies de la puberté. Thèse de Paris, 1924.
- RENAUD. — Citrate et hémostase. *Paris médical*, septembre 1924.
- RICHELOT. — Pseudo-métrites des arthritiques nerveuses. *Bulletin médical*, 1899.
- Discours d'ouverture. *Congrès de Gyn. de Rouen*, 1919.
- ROUFFIAT. — Menstruation et tuberculose. Thèse de Paris, 1920.
- ROSENTHAL et BAËHR. — Raccourcissement paradoxal du temps de la coagulation sanguine après injection intra-veineuse de citrate de soude. *Presse médicale*, novembre 1924.

- ROUVILLE (De). — Réflexions sur la castration ovarienne dans les hémorragies des fibromes utérins. *Obst. et Gyn.*, 1920.
- ROUVILLE (De) et SAPPEY. — Du rôle des cellules lutéiniques de l'ovaire dans certaines hémorragies utérines. *Gyn. et Obst.*, 1922.
- La menstruation, son mécanisme, état actuel de la question. *Gynécologie*, 1921.
- SAHLER. — Étude sur les résultats thérapeutiques observés par l'irradiation de la rate dans les hémorragies gynécologiques. *Presse médicale*, juillet 1924.
- SAPPEY. — Origine ovarienne de l'hémorragie utérine. Thèse de Montpellier, 1922.
- SCHIKELÉ. — Etude sur la fonction des ovaires, ovulation, corps jaune et menstruation. *Gyn. et Obst.*, 1921.
- SCHIL. — Au sujet de l'administration hypodermique des extraits d'ovaire dissociés. *Progrès Méd.*, octobre 1924.
- SÉJOURNET. — Les hémorragies de la syphilis tertiaire. *Gynécologie*, décembre 1919.
- SIREDEY. — Traitement des métrorragies des jeunes filles. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, juin 1921.
- Les rétrodéviations de l'utérus. *Gynécologie*, mai 1920.
- La curiethérapie dans les traitements des métrorragies en dehors des cancers et des fibromes. *Paris Méd.*, 1923.
- SIREDEY et GAGEY. — Rapport au Congrès d'Obstétrique et de Gynécologie, 1921.
- SIREDEY et LEMAIRE. — Les métrorragies virginales. Rapport au Congrès de Gyn. et Obst. de Toulouse, 1910.
- STÉPHAN. — Résultats thérapeutiques obtenus par l'irradiation de la rate dans les hémorragies. *Presse Méd.*, juillet 1924.
- TISSOT. — Un cas d'hyperovarie et un d'hypo-ovarie traités par extrait lipéide et protéique de l'ovaire. *Progrès Médical*, 1923.
- TORRE DEL BLANCO (José de). — Métrorragies de la puberté.
- VIGNAL. — Des métrorragies dites « essentielles » et de leur traitement. Thèse de Paris, 1922.
- VIOLET. — Curithérapie des fibromes utérins. *Lyon Médical*, mai 1922.
- WEIL (P.-E.). — Les ménorragies de la puberté. *Soc. Méd. des Hôpitaux*, Paris, juin 1912.
- Traitement des hémorragies génitales de la femme. *La Gynécologie*, mai 1913.

- WEIL (P.-E.). — Les états hémorragiques chroniques, Hémophilie, Hémogénie. *Journal Méd. français*, 1922, n° 1.
- WEIL (P.-E.), BOCAGE et ISCH-WALL. — Le syndrome de l'insuffisance hémocrasique du foie. *Paris Méd.*, juillet 1922.
- WEIL (P.-E.) et BOYÉ. — Le traitement des hémorragies. Vigot, éditeur, 1916.
- ZENOP. — Les petits signes de l'insuffisance ovarienne. *Revue française de Gyn.*, avril 1924.

